

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай  
Александрович



Бунькова Елена  
Борисовна



Утверждено 28 мая 2020 г.  
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ  
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»**

**по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)**

**Направленность: Лечебное дело**

**Форма обучения: очная**

**Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник**

**Срок обучения: 6 лет**

Год поступления 2019,2020

# 1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и её формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
<b>Раздел 1</b> Общественное здоровье и методы его оценки				
1	<b>Тема.1</b> Методика статистического исследования. Статистические таблицы. Статистическая графика	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2	<b>Тема. 2</b> Абсолютные, относительные величины. Методика расчета статистических коэффициентов	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3	<b>Тема 3</b> Динамические ряды. Методы выравнивания динамических рядов, показатели динамического ряда	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4	<b>Тема 4</b> Средние величины. Оценка достоверности результатов исследования	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
5	<b>Тема.5</b> Медицинская демография. Анализ медико-демографических показателей	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
6	<b>Тема.6</b> Заболееваемость. Методика изучения и оценка здоровья населения	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

7	<b>Тема.7</b> Стандартизация. Методы стандартизации	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
<b>Раздел 2 Организация и экономика системы здравоохранения</b>				
8	<b>Тема.8</b> Организация медицинской помощи в РФ.	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
9	<b>Тема.9</b> Основы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
10	<b>Тема.10</b> Организация и анализ деятельности врача общей практики	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
11	<b>Тема.11</b> Анализ деятельности медицинских организаций	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
12	<b>Тема.12</b> Экспертиза временной нетрудоспособности	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
13	<b>Тема.13</b> Эффективность в здравоохранении. Экономический эффект и экономический ущерб в здравоохранении.	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17 ПК-18	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентация, решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
14	<b>Тема.14</b> Планирование, финансирование в здравоохранении. Медицинское страхование.	ОК-1 ПК-4 ПК-7 ПК-17	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль,	Пятибалльная шкала оценивания

		ПК-18	презентация, решение ситуационных задач, проведение круглого стола.	
--	--	-------	---	--

**2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа** (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины)
- стандартизированный тестовый контроль;
- презентации;
- ситуационные задачи
- проведение круглого стола

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

**2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)**

**Тема 1 .«Методика статистического исследования. Статистические таблицы. Статистическая графика»**

**КРО-1**

**1. Выбор единицы наблюдения зависит:**

- 1) от программы исследования;
- 2) от плана исследования;
- 3) от цели и задач исследования

**2. По времени статистическое наблюдение может быть:**

- 1) текущее (постоянное);
- 2) сплошное;
- 3) выборочное

**3. Из приведенных ниже примеров характерным для одновременного наблюдения является:**

- 1) рождаемость;
- 2) заболеваемость;
- 3) профилактический осмотр;
- 4) смертность

**4. Выборочное наблюдение—это:**

- 1) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности

**КРО-2**

**5. Сплошное наблюдение – это:**

- 1) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности

**КРО-1**

**6. Одновременное наблюдение – это:**

- 1) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности

**7. Текущее наблюдение – это:**

- 1) наблюдение, охватывающее часть единиц совокупности для характеристики целого;
- 2) наблюдение, приуроченное к одному какому-либо моменту;
- 3) наблюдение в порядке текущей регистрации;
- 4) обследование всех без исключения единиц изучаемой совокупности

**8. Оптимальным числом взаимосвязанных признаков в статистической таблице следует считать:**

- 1) пять
- 2) два
- 3) три-четыре
- 4) более пяти

**9. Простой таблицей является:**

- 1) таблица, в которой содержатся сведения по 1 признаку.
- 2) таблица, в которой содержится итоговая сводка по 2 и более признакам, не связанным между собой;
- 3) таблица, в которой представлена итоговая сводка данных по одному признаку
- 4) таблица, в которой содержится итоговая сводка по 2 и более признакам взаимосвязанным между собой.

**10. Групповой таблицей является:**

- 1) таблица, в которой содержится итоговая сводка по 2 и более признакам взаимосвязанным между собой.
- 2) таблица, в которой представлена итоговая сводка данных по одному признаку
- 3) таблица, в которой содержатся сведения по 1 признаку.
- 4) таблица, в которой содержится итоговая сводка по 2 и более признакам, не связанным между собой;

**ДОПОЛНИТЬ:**

**11. В зависимости от охвата единиц наблюдения статистическая совокупность бывает генеральной и \_\_\_\_\_.**

**12. Учетные признаки статистической совокупности бывают по характеру количественными и \_\_\_\_\_.**

**13. Составление плана и программы исследования является \_\_\_\_\_ этапом статистического исследования.**

**14. Основное требование, предъявляемое к выборочной совокупности - \_\_\_\_\_.**

**15. Статистические таблицы бывают \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ и \_\_\_\_\_.**

**Ответы к Теме 1.**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
3	1	3	1	3,4	2	3	3	1	4

№11	№12	№3	№14	№15
выборочной	качественными	первым	репрезентативность	простые, групповые, комбинационные

**Тема 2. «Абсолютные, относительные величины. Методика расчета статистических коэффициентов»**

**Выбрать один или несколько правильных ответов**

**1. Статистические коэффициенты относятся к величинам:**

- 1) абсолютным
- 2) относительным

**2. При вычислении интенсивных коэффициентов необходимо знание статистических совокупностей:**

- 1) одной
- 2) двух

**3. При вычислении экстенсивных коэффициентов необходимо знание статистических совокупностей:**

- 1) одной
- 2) двух

**4. Структуру изучаемого явления характеризует коэффициент:**

- 1) интенсивный
- 2) экстенсивный
- 3) наглядности
- 4) соотношения

**5. Частоту явления в данной среде характеризует коэффициент:**

- 1) интенсивный
- 2) экстенсивный
- 3) наглядности
- 4) соотношения

**6. Показатель соотношения характеризует:**

- 1) изменение явления во времени
- 2) отношение двух независимых совокупностей
- 3) распределение целого на части
- 4) частоту явления в данной среде

**7. Коэффициент соотношения по методике вычисления близок к коэффициенту:**

- 1) наглядности
  - 2) экстенсивному
  - 3) интенсивному
  - 4) относительной интенсивности
- УС

**8. СТАТИСТИЧЕСКИЕ  
КОЭФФИЦИЕНТЫ**

- 1) экстенсивный
- 2) интенсивный
- 3) наглядности

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ВЕЛИЧИНЫ**

1. Средняя продолжительность предстоящей жизни
2. Смертность населения
3. Доля девочек среди новорожденных
4. Обеспеченность населения койками
5. Темп роста
6. Динамика рождаемости за 10 лет

**9. СТАТИСТИЧЕСКИЕ  
КОЭФФИЦИЕНТЫ**

- 1) интенсивный
- 2) соотношения
- 3) экстенсивный

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ВЕЛИЧИНЫ**

1. Темп роста
2. Обеспеченность населения врачами
3. Процент болезней системы кровообращения среди причин смерти населения
4. Младенческая смертность
5. Динамика общей заболеваемости населения
6. Темп прироста населения

**10. СТАТИСТИЧЕСКИЕ  
КОЭФФИЦИЕНТЫ**

- 1) интенсивный общий
- 2) интенсивный специальный
- 3) экстенсивный

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ВЕЛИЧИНЫ**

1. Соотношение новорожденных м : д = 105 : 100 (-)
2. Больничная летальность (1)
3. Средняя продолжительность I случая нетрудоспособности(-)
4. Летальность при инфаркте миокарда (2)
5. Структура смертности населения (3)
6. Темп роста (-)

**11. СТАТИСТИЧЕСКИЕ  
КОЭФФИЦИЕНТЫ**

- 1) экстенсивный
- 2) наглядности

**СТАТИСТИЧЕСКИЕ ВЕЛИЧИНЫ**

1. Соотношение врачей и среднего медицинского персонала
2. Число дней нетрудоспособности на 100 работающих

3) соотношения

3. Динамика рождаемости населения в Самаре
4. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре
5. Доля детей первого года жизни на педиатрическом участке
6. Темп роста

## 12. СТАТИСТИЧЕСКИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ

- 1) интенсивный специальный
- 2) экстенсивный
- 3) интенсивный общий

## СТАТИСТИЧЕСКИЕ ВЕЛИЧИНЫ

1. Темп роста смертности населения
2. Смертность населения
3. Фертильность
4. Обеспеченность населения койками
5. Среднее число дней нетрудоспособности на 100 работающих
6. Доля умерших в стационаре в первые сутки
7. Темп снижения рождаемости

### КРО-1

13. Для характеристики изменений явлений во времени применяются диаграммы

- 1) пирамидальные
- 2) линейные
- 3) секторные

14. Для изображения состава, структуры изучаемых явлений пользуются диаграммами

- 1) линейными
- 2) радиальными
- 3) секторными
- 4) столбиковыми

15. Для изображения сезонных колебаний явлений применяются диаграммы:

- 1) ленточные
- 2) секторные
- 3) радиальные
- 4) пирамидальные

### Ответы к Теме 2.

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12	№13	№14	№15
2	2	1	2	1	2	3	2-2,1-3,2-4	2-2,3-3,1-4	1-2,2-4,3-5	3-1,1-5	3-2,1-5,2-6	2	3	3

### Тема 3: «Динамические ряды. Методы выравнивания динамических рядов, показатели динамического ряда»

### КРО-2

1. Динамический ряд может быть составлен из величин:

- 1) Абсолютных
- 2) Относительных
- 3) Средних

### КРО-1

2. Выберите правильное определение динамического ряда

- 1) Ряд чисел однородных величин, расположенных или в порядке убывания или в порядке возрастания
- 2) Это совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение, какого либо явления в динамике
- 3) Ряд однородных величин, сгруппированных и расположенных в определенном порядке

3. Как называются статистические величины, составляющие динамический ряд?

- 1) Варианты
- 2) Уровни ряда

## КРО-2

### 4. Выравнивание динамического ряда это

- 1) Укрупнение интервала
- 2) Вычисление групповой средней
- 3) Вычисление скользящей средней
- 4) Вычисление средней величины
- 5) Вычисление темпа прироста

### 5. Выберите показатели, характеризующие динамические ряды

- 1) Показатель наглядности
- 2) Темп прироста
- 3) Темп убыли
- 4) Экстенсивный показатель

### 6. Выберите показатели, характеризующие динамические ряды

- 1) Интенсивный показатель
- 2) Темп прироста
- 3) Темп убыли
- 4) Экстенсивный показатель
- 5) Абсолютный прирост

### ДОПОЛНИТЬ:

7. Величины, из которых состоит динамический ряд, называются \_\_\_\_\_ ряда.

8. Величины разности между последующим и предыдущим и уровнями называются \_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_.

9. Отношение каждого последующего уровня к предыдущему, выраженное в процентах, называется темпом \_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_.

10. Отношение абсолютного прироста или убыли к предыдущему уровню, выраженного в процентах, является темпом \_\_\_\_\_ или \_\_\_\_\_.

### Ответы к Теме 3

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
1,2,3	2	2	1,2,3	1,2,3	2,3,5	уровнями	Абсолютный прирост/ Абсолютная убыль	Роста/ убыли	Прироста/ убыли

### Тема 4. «Средние величины. Оценка достоверности результатов исследования»

#### 1. Средние величины применяются для характеристики признаков

- 1) качественных
- 2) количественных

#### 2. Вариационным рядом является статистический ряд распределения чисел (P) по ряду именованных величин (V), расположенных в убывающем или возрастающем порядке

- 1) статистический ряд, состоящий из трех основных элементов: вариант (V), частот (P) и числа наблюдений (n)
- 2) ряд распределения величин по какому - либо одному количественному признаку, расположенному в возрастающем или убывающем порядке

#### 3. Наиболее полная и правильная характеристика вариационного ряда

V (дни болезни)	P
0 - 5	6
6 - 11	21
12 -17	95
18 - 23	68
24 -29	46
30 -35	24
36-41	8
	n = 268

- 1) взвешенный, нечетный, дискретный,
- 2) сгруппированный, взвешенный, четный, прерывный
- 3) непрерывный, сгруппированный, простой



4) нечетный, сгруппированный, взвешенный, непрерывный

**4. Медиана ряда (Me) – это:**

- 1) наибольшая по значению варианта;
- 2) варианта, встречающаяся чаще других;
- 3) центральная варианта, делящая ряд пополам

**5. Мода-это:**

- 1) центральная варианта;
- 2) варианта, встречающаяся чаще других;
- 3) варианта с наименьшим значением признака

**6. Укажите формулу, по которой рассчитывается отклонение (d):**

- 1)  $d = V - M$ ;
- 2)  $d = M - V$

**7. Какая варианта вариационного ряда чаще всего принимается за условную среднюю?**

- 1) мода;
- 2) медиана;
- 3)  $V_{max}$ ;
- 4)  $V_{min}$

**8. Наиболее целесообразная формула для расчета средней арифметической в указанном ряду**

V, см.	P
50	3
51	3
52	3
	n = 9

1)  $M = \frac{\sum VP}{n}$

2)  $M = \frac{\sum V}{n-1}$

3)  $M = \frac{\sum V}{9}$

**9. При увеличении числа наблюдений величина средней ошибки:**

- 1) увеличивается;
- 2) не изменяется;
- 3) уменьшается

**10. Разность между двумя относительными показателями считается достоверной, если превышает свою ошибку:**

- 1) в 2 и более раз;
- 2) менее чем в 2 раза

**11. В каких границах возможны случайные колебания средней величины с вероятностью 95,5%?**

- 1)  $M \pm m$ ;
- 2)  $M \pm 2m$ ;
- 3)  $M \pm 3m$

**12. Какой степени вероятности соответствует доверительный интервал  $P \pm 2m$ ?**

- 1) вероятности 68,3%;
- 2) вероятности 95,5%;
- 3) вероятности 99,7%

**13. Какой степени вероятности соответствует доверительный интервал  $M \pm 3m$ ?**

- 1) вероятности 68,3%;
- 2) вероятности 95,5%;
- 3) вероятности 99,7%

**14. Чем меньше колеблемость признака, тем величина средней ошибки:**

- 1) меньше;
- 2) больше

**15. Чтобы уменьшить ошибку выборки, число наблюдений нужно:**

- 1) увеличить;
- 2) уменьшить

**16. Чем меньше число наблюдений, тем величина средней ошибки:**

- 1) меньше;
- 2) больше

**17. Разница между средними величинами считается достоверной, если:**

- 1)  $t = 1$ ;
- 2)  $t = 2$  и больше

**18. Не считается достоверной для научных исследований:**

1. вероятность 68,3%;
2. вероятность 95,5%;
3. вероятность 99,7

ДОПОЛНИТЬ:

**19. Наиболее известными непараметрическими методами, используемыми в медицинских исследованиях являются:**

1. Критерий согласия (хи квадрат),
2. критерий Манна Уитни,
3. критерий Вилкоксона, критерий интераций,
4. критерий Краснела-Уоллиса

**20. Параметрические критерии оценки достоверности результатов статистического исследования позволяют проводить статистическую обработку \_\_\_\_\_ числе наблюдений.**

**Ответы к Теме 4**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
2	1	2	3	2	1	1	1	3	1

№11	№12	№13	№14	№15	№16	№17	№18	№19	№20
2	2	3	1	1	2	2	1		при малом

**Тема 5. «Медицинская демография. Анализ медико – демографических процессов»**

**ВЫБРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ**

**1. Динамика населения изучает:**

1. механическое движение населения;
2. естественное движение населения;
3. механическую и естественную миграцию.

**2.Специальным показателем естественного движения населения является:**

1. смертность;
2. смертность трудоспособного населения;
3. рождаемость.

**3.Коэффициенты смертности выражаются в:**

1. процентах;
2. промилле;
3. продецимилле.

**4.Уровень рождаемости 15 ‰ является:**

- высоким;
- средним;
- низким.

**5.Уровень общей смертности 12 ‰ является:**

1. высоким;
2. средним;
3. низким.

**6.Одним из условий расчета коэффициента младенческой смертности является информация о:**

- 1) общем числе умерших среди населения;
- 2) числе родившихся живыми;
- 3) численность детей в возрасте до 1 года.

**7.Среди причин смерти взрослого населения России 1-е место занимают:**

1. новообразования;
2. травматизм;
3. болезни системы кровообращения.

**8.Для оценки возрастного типа населения как прогрессивного необходимо преобладание возрастной группы:**

- 1) до 15 лет;

- 2) до 40 лет;
- 3) старше 50 лет.

**9. Естественный прирост населения зависит от:**

- 1) численности населения;
- 2) миграции населения;
- 3) детской смертности;
- 4) рождаемости и смертности.

**10. Здоровье населения в большей степени зависит от:**

- 1) уровня организации медицинской помощи;
- 2) экологических факторов;
- 3) образа жизни;
- 4) генетических факторов.

**11. Репродуктивный возраст женщины:**

- 1) 20 – 29 лет;
- 2) 15 – 49 лет;
- 3) 15 – 44 лет;
- 4) 15 – 39 лет.

**12. Ранней неонатальной смертностью называется смертность детей в возрасте:**

- 1) до 1 месяца;
- 2) до 1 года;
- 3) на 1-й неделе жизни;
- 4) до 10 дней.

**13. Демографический показатель – самый точный социальный барометр, чутко реагирующий на экологическое, социальное и политическое неблагополучие общества:**

- 1) материнская смертность;
- 2) общая смертность;
- 3) младенческая смертность;
- 4) смертность мужчин трудоспособного возраста;
- 5) смертность лиц старше 60 лет.

**14. Смертность детей на 1-й неделе жизни называется:**

- 1) интранатальной;
- 2) антенатальной;
- 3) постнатальной;
- 4) постнеонатальной;
- 5) перинатальной.

**15. Для вычисления перинатальной смертности необходимо знать число:**

- 1) мертворожденных;
- 2) родившихся живыми;
- 3) родившихся живыми и мертвыми;
- 4) умерших в первую неделю жизни.

**16. Обобщающими показателями естественного движения населения являются:**

- 1) рождаемость;
- 2) смертность;
- 3) естественный прирост;
- 4) средняя продолжительность предстоящей жизни.

**17. Для изучения общей смертности населения используются:**

- 1) фельдшерская справка о смерти;
- 2) справка о смерти;
- 3) врачебное свидетельство о смерти;
- 4) врачебное свидетельство о перинатальной смерти.

ДОПОЛНИТЬ:

**18. При постоянно одинаковой доле детского и пожилого населения тип возрастной структуры населения называется \_\_\_\_\_.**

**19. Отношение числа родившихся живыми за год к средней численности населения, умноженное на 1000, называется коэффициентом \_\_\_\_\_.**

**20. Отношение числа умерших за год к средней численности населения, умноженное на 1000, называется коэффициентом \_\_\_\_\_.**

21. Переписи населения проводят, как правило, раз в \_\_\_\_\_ лет.
22. Смертность детей на первом году жизни называется \_\_\_\_\_.
23. Смертность детей на первой неделе жизни называется \_\_\_\_\_.
24. Специальным показателем рождаемости является коэффициент брачной \_\_\_\_\_.
25. Разность между коэффициентом рождаемости и смертности называется коэффициентом \_\_\_\_\_ прироста.
26. Сгруппируйте буквы и цифры по соответствию:
- |  |   |
|--|---|
| 1. Ранняя неонатальная смертность это  | 1. смертность в первые 27 дней жизни;       |
| 2. Поздняя неонатальная смертность это | 2. смертность в возрасте 7 – 27 дней жизни; |
| 3. Неонатальная смертность это         | 3. смертность в возрасте 0 – 6 дней;        |
| 4. Постнеонатальная смертность         | 4. смертность с 29 дня жизни и до 1 года.   |
27. Сумма показателей антенатальной и интранатальной смертности соответствует коэффициенту \_\_\_\_\_.

**Ответы к Теме 5**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
3	2	2	3	2	2	3	1	4	3

№11	№12	№13	№14	№15	№16	№17	№18	№19	№20
2	3	3	3	1,3,4	3,4	1,3	стационарным	коэффициент рождаемости	коэффициент смертности

№21	№22	№23	№24	№25	№26	№27
10	младенческой	ранней неонатальной или постнатальной	плодовитости	естественного	1-3, 2-2,3-1,4-4	мертворождаемости

**Тема 6. «Заболеваемость. Методика изучения и оценка здоровья населения»**  
**ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ**

1. В структуре заболеваемости по данным обращаемости населения России на первом месте стоят болезни системы:
- 1) кровообращения;
  - 2) пищеварительной;
  - 3) дыхательной.
2. Уровень инфекционной заболеваемости характеризуется коэффициентом:
- 1) соотношения;
  - 2) экстенсивным;
  - 3) интенсивным.
3. Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по данным обращаемости является:
- 1) посещение больного по поводу заболевания;
  - 2) первичное обращение по поводу конкретного заболевания;
  - 3) заболевание, выявленное при медицинском осмотре;
  - 4) больной, обратившийся по поводу данного заболевания в данном году.
4. Основной учетный документ при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности:
- 1) больничный лист;
  - 2) медицинская карта;
  - 3) листок нетрудоспособности (закрытый);
  - 4) карта выбывшего из стационара.
5. Качественным показателем госпитализированной заболеваемости является:

- 1) структура;
  - 2) средняя длительность пребывания больного на койке;
  - 3) оборот койки;
  - 4) средняя длительность лечения больного в стационаре.
- 6. Структура заболеваемости характеризуется коэффициентом:**
- 1) наглядности;
  - 2) соотношения;
  - 3) интенсивным;
  - 4) экстенсивным.
- 7. Основной учетный документ при изучении инфекционной заболеваемости:**
- 1) медицинская карта;
  - 2) контрольная карта диспансерного наблюдения;
  - 3) экстренное извещение об острозаразном заболевании;
  - 4) карта эпидемиологического обследования.
- 8. Первичный учетный документ при изучении госпитализированной заболеваемости:**
- 1) экстренное извещение об острозаразном заболевании;
  - 2) медицинская карта;
  - 3) листок нетрудоспособности;
  - 4) карта выбывшего из стационара.
- 9. Значение отчета о временной нетрудоспособности в практике врача:**
- 1) финансовое;
  - 2) социально - гигиеническое;
  - 3) сигнально - оперативное;
  - 4) медицинское;
  - 5) аналитическое.
- 10. В структуре госпитализированных больных среди взрослого населения наибольшую долю составляют больные:**
- 1) с несчастными случаями, отравлениями;
  - 2) болезнями дыхательной системы;
  - 3) болезнями системы кровообращения;
  - 4) болезнями системы пищеварения;
  - 5) новообразованиями.
- При изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности рассчитываются следующие показатели:**
- 1) структура заболеваемости в случаях;
  - 2) структура заболеваемости в днях;
  - 3) уровень заболеваемости в случаях на 100 работающих;
  - 4) уровень заболеваемости в днях на 100 работающих;
  - 5) средняя длительность одного случая заболевания.
- 12. Источником изучения материалов о заболеваемости являются:**
- 1) данные обращаемости;
  - 2) данные профосмотров;
  - 3) специальные углубленные выборочные исследования заболеваемости;
  - 4) изучение данных о причинах смерти;
- ДОПОЛНИТЬ:**
- 13. Заболеваемость населения является одним из показателей \_\_\_\_\_ населения;**
- 14. Процент лиц, ни разу не болевших в году, называется \_\_\_\_\_;**
- 15. Структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности в случаях характеризует \_\_\_\_\_ показатель;**
- 16. Единицей наблюдения при изучении инфекционной заболеваемости является \_\_\_\_\_ заболевания;**
- 17. Совокупность всех острых и впервые в жизни выявленных хронических заболеваний в данном календарном году называется \_\_\_\_\_;**
- 18. Часто болеющие лица – это лица, болеющие в году \_\_\_\_\_ раза и более;**
- 19. Средняя длительность одного случая заболевания характеризует \_\_\_\_\_ заболевания;**

20. Для наглядности изображения структуры госпитализированной заболеваемости используется \_\_\_\_\_ диаграмма;

21. При оценке госпитализированной заболеваемости используют общие и \_\_\_\_\_ коэффициенты;

22. Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих является \_\_\_\_\_ коэффициентом;

23. Длительно болеющие лица – это лица, болеющие \_\_\_\_\_ дней в году и более;

24. Для углубленного изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности необходимо знать \_\_\_\_\_ число работающих;

УСТАНОВИТЬ СООТВЕТСТВИЕ:

25. Статистический материал при анализе заболеваний с временной утратой трудоспособности:

- 1) Отчетный
- 2) Учетный

*Статистические формы:*

- (1) Листок нетрудоспособности;
- (2) Форма №1;
- (3) Форма №16 ВН;
- (4) Карта выбывшего из стационара;
- (5) Талон на прием к врачу;
- (6) Форма №36;
- (7) Экстренное извещение об инфекционном заболевании.

26. Показатели:

- 1) Доля дифтерии среди всех инфекционных заболеваний
- 2) Число дней нетрудоспособности на 100 работающих
- 3) Средняя длительность одного случая нетрудоспособности

*Статистические величины:*

- (1) Наглядности;
- (2) Соотношения;
- (3) Экстенсивный;
- (4) Интенсивный;
- (5) Средняя величина.

27. Статистический документ для видов заболеваемости:

- 1) Общая
- 2) Инфекционная
- 3) С временной утратой трудоспособности

*Статистический документ:*

- 1) Листок нетрудоспособности;
- 2) Врачебное свидетельство о смерти;
- 3) Карта выбывшего из стационара;
- 4) Медицинская карта, статистический талон;
- 5) Экстренное извещение об острозаразном заболевании;
- 6) Контрольная карта диспансерного наблюдения.

28. Статистические коэффициенты:

- 1) Интенсивный общий
- 2) Интенсивный специальный
- 3) Экстенсивный

*Показатели:*

- (1) Доля смертности от туберкулеза;
- (2) Общая заболеваемость населения;
- (3) Темпы роста заболеваемости населения;
- (4) Средняя длительность одного случая заболевания;
- (5) Заболеваемость аспирантов болезнями дыхательной системы.

29. Статистические коэффициенты:

- 1) Экстенсивный
- 2) Наглядности
- 3) Интенсивный

Показатели:

1. Общая заболеваемость населения;
2. Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
3. Средняя длительность одного случая заболевания;
4. Темп роста инфекционной заболеваемости;
5. Динамика общей заболеваемости населения за 2001 – 2004 г.г.

**30. Диаграмма:**

- 1) Линейная
- 2) Радиальная
- 3) Секторная

Показатели:

- (1) Доля болезней дыхательной системы среди всех случаев заболеваний аспирантов 1 курса;
- (2) Заболеваемость аспирантов за годы обучения в вузе;
- (3) Сезонность заболеваемости болезнями пищеварительной системы;
- (4) Заболеваемость с временной утратой трудоспособность за 2003 г. (в случаях на 100 рабочих).

**31. Показатели:**

1. Индекс здоровья
2. Длительность заболевания
3. Выявляемость заболеваний при профилактических осмотрах

Способ расчета:

(1) 
$$\frac{\text{Число дней лечения больных с данным заболеванием}}{\text{Число случаев данного заболевания}}$$

(2) 
$$\frac{\text{Число ни разу не болевших в течение года}}{\text{Средняя численность работающих}} \times 100;$$

(3) 
$$\frac{\text{Абсол. число заболеваний у работающих муж.в возрасте 40- 49 лет}}{\text{Численность работающих мужчин в возрасте 40 – 49 лет}} \times 100;$$

Численность работающих мужчин в возрасте 40 – 49 лет

(4) 
$$\frac{\text{Абсолютное число заболеваний, выявленных при мед. осмотре}}{\text{Число осмотренных лиц}} \times 100;$$

Число осмотренных лиц

**Ответы к Теме 6.**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
3	3	2	3	4	4	4	4	3	3

№11	№12	№13	№14	№15	№16	№17	№18	№19	№20
все	все	здоровья	индекс здоровья	интенсивный	случай	заболеваемость ю или распространенн остью	4	тяжесть	секторная

№21	№22	№23	№24	№25	№26	№27	№28	№29
специальные	интенсивным	40	круглогодичное	1-2, 2-1		1-4, 2-5, 3-1	1-2,2-5,3-1	1-2,2-5,3-1

№30	№31
1-2,2-3,3-1	1-2,2-1,3-4

**Тема 7. «Стандартизация. Методы стандартизации»**

## КРО-1

### 1. Величина стандартизованных показателей истинному размеру явления

- 1) соответствует
- 2) не соответствует

### 2. Основное условие применения метода стандартизации

- 1) достаточное число наблюдений
- 2) наличие данных о структуре среда и явления
- 3) резкие различия состава изучаемых совокупностей

### 3. Стандартизованные показатели применяются

- 1) для характеристики первичного материала
- 2) для анализа полученных данных
- 3) для сравнения между собой

### 4. Величина стандартизованных интенсивных показателей в зависимости от применяемого стандарта

- 1) меняется
- 2) не меняется
- 3) меняется, но только при малом числе наблюдений

### 5. Метод стандартизации применяется

- 1) для определения характера и силы связи между двумя явлениями (признаками)
- 2) при сравнении интенсивных показателей для устранения влияния на их величину определенных факторов (признаков), обуславливающих качественную неоднородность совокупностей
- 3) для определения достоверности различия двух сравниваемых показателей

### 6. Из применяемых и обозначенных ниже методов стандартизации наиболее точным является

- 1) обратный метод
- 2) косвенный метод
- 3) прямой метод

### 7. При отсутствии данных о возрастном составе населения, когда имеются лишь сведения о возрастном составе больных или умерших, применяется метод стандартизации

- 1) прямой
- 2) обратный
- 3) косвенный

### 8. При известном возрастном составе населения, а также повозрастной смертности от злокачественных новообразований применяется метод стандартизации

- 1) прямой
- 2) косвенный
- 3) обратный

### 9. При сравнении показателей заболеваемости аспирантов двух вузов, если имеются данные распределения аспирантов по полу, но нет данных о распределении болевших по полу, следует применять метод стандартизации

- 1) прямой
- 2) косвенный
- 3) обратный

### 10. Сравнить стандартизованные интенсивные показатели, если они исчислены с применением неодинакового стандарта

- 1) можно
- 2) нельзя
- 3) можно, но только при малом числе наблюдений
- 4) можно, но только при большом числе наблюдений

#### Ответы к Теме 7.

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
2	3	3	1	2	3	2	1	2	2

#### Тема 8. «Организация медицинской помощи в РФ.»

## КРО-2



**1. Какие принципы охраны здоровья граждан утверждены в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- 2) Бесплатность медицинской помощи по программам Государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
- 3) Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 4) Приоритет охраны здоровья детей

**2. Какие принципы охраны здоровья граждан реализуются в России?**

- 1) Бесплатность медицинской помощи по программам Государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи
- 2) Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- 3) Приоритет охраны здоровья детей;
- 4) Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- 5) Ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) Доступность и качество медицинской помощи;
- 7) Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- 8) Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- 9) Соблюдение врачебной тайны.
- 10) Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий
- 11) Территориально-участковый принцип оказания медицинской помощи
- 12) Преемственность оказания медицинской помощи между медицинскими организациями

**3. Какие виды медицинской помощи утверждены в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Амбулаторно-поликлиническая
- 2) Первичная медико-санитарная помощь
- 3) Стационарная
- 4) Специализированная
- 5) Скорая
- 6) Паллиативная
- 7) Плановая

**4. Какие формы оказания медицинской помощи утверждены в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Экстренная
- 2) Неотложная
- 3) Первичная медико-санитарная помощь
- 4) Плановая
- 5) Стационарная
- 6) Амбулаторно-поликлиническая

**5. Какие формы медицинской помощи, утвержденные в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан» могут оказываться в условиях поликлиники?**

- 1) Экстренная
- 2) Неотложная
- 3) Первичная медико-санитарная помощь
- 4) Плановая
- 5) Стационарная
- 6) Амбулаторно-поликлиническая

**6. Какие формы медицинской помощи, утвержденные в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан» могут оказываться в условиях дневного стационара?**

- 1) Экстренная
- 2) Неотложная
- 3) Первичная медико-санитарная помощь
- 4) Плановая

- 5) Стационарная
- 6) Амбулаторно-поликлиническая

**7. Какие формы медицинской помощи, утвержденные в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан» могут оказываться в условиях круглосуточного стационара?**

- 1) Экстренная
- 2) Неотложная
- 3) Первичная медико-санитарная помощь
- 4) Плановая
- 5) Стационарная
- 6) Амбулаторно-поликлиническая

**8. Какие формы медицинской помощи, утвержденные в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан» могут оказываться на дому?**

- 1) Экстренная
- 2) Неотложная
- 3) Первичная медико-санитарная помощь
- 4) Плановая
- 5) Стационарная
- 6) Амбулаторно-поликлиническая

**9. В каких условиях может оказываться медицинская помощь согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) В поликлинике
- 2) Амбулаторно
- 3) На дому
- 4) В стационаре
- 5) В дневном стационаре
- 6) В женской консультации
- 7) В родильном доме
- 8) В диспансерах

**10. Что понимается под порядками оказания медицинской помощи согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Порядки оказания медицинской помощи – это этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинских организаций, стандарт оснащения и штатные нормативы медицинской организации (структурного подразделения)
- 2) Порядки оказания медицинской помощи - это руководящие разъяснения компетентных органов государственной власти по вопросам организации оказания конкретных видов медицинской помощи, профилей медицинской помощи и оказании медицинской помощи при определенных заболеваниях или симптомах,
- 3) Порядки оказания медицинской помощи - организация единообразия при оказании медицинских услуг (как платных, так и бесплатных), по видам, профилям, заболеваниям
- 4) Это усредненные показатели медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания
- 5) Это процесс организации медицинской помощи

**11 . Что понимается под стандартами оказания медицинской помощи согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Это этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинских организаций, стандарт оснащения и штатные нормативы медицинской организации (структурного подразделения)
- 2) Это руководящие разъяснения компетентных органов государственной власти по вопросам организации оказания конкретных видов медицинской помощи, профилей медицинской помощи и оказании медицинской помощи при определенных заболеваниях или симптомах,
- 3) Это организация единообразия при оказании медицинских услуг (как платных, так и бесплатных), по видам, профилям, заболеваниям
- 4) Это усредненные показатели медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания

- 5) Это формализованное описание объема той медицинской помощи, которая должна быть обеспечена пациенту с конкретной нозологической формой, синдромом или в конкретной клинической ситуации

**12. Номенклатура медицинских организаций по виду медицинской деятельности:**

- 1) Лечебно-профилактические медицинские организации
- 2) Медицинские организации особого типа
- 3) Медицинские организации по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- 4) Медицинские организации по территориальному признаку

**13. Номенклатура медицинских организаций это:**

- 1) Перечень медицинских организаций, в которых оказывается медицинская помощь
- 2) Перечень медицинских организаций, в которых оказываются медицинские услуги
- 3) Условия, в которых оказывается медицинская помощь

**14. Лечебно-профилактические медицинские организации это**

- 1) Номенклатура всех медицинских организаций
- 2) Условия оказания медицинской помощи
- 3) Перечень медицинских организаций

**15. Номенклатура медицинских услуг это:**

- 1) Медицинские вмешательства или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию
- 2) Перечень медицинских услуг
- 3) Перечень видов медицинской помощи

**Ответы к Теме 8.**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
1,2,3	1-12	2,4,5,6	1,2,4	1,2,4	1,2,4	1,2,4	1,2,4	1-8	1,2,3,5

№11	№12	№13	№14	№15
4,5	1-3	1,2	3	1,2

**Тема 9. «Основы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники»**

**ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ**

**1. Какие виды медицинской помощи утверждены в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Амбулаторно-поликлиническая
- 2) Первичная медико-санитарная помощь
- 3) Стационарная
- 4) Специализированная
- 5) Скорая
- 6) Паллиативная
- 7) Плановая

**2. Какие формы оказания медицинской помощи утверждены в Законе РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Экстренная
- 2) Неотложная
- 3) Первичная медико-санитарная помощь
- 4) Плановая
- 5) Стационарная
- 6) Амбулаторно-поликлиническая

**3. В каких условиях может оказываться медицинская помощь согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) В поликлинике
- 2) Амбулаторно
- 3) На дому
- 4) В стационаре
- 5) В дневном стационаре

- 6) В женской консультации
- 7) В родильном доме
- 8) В диспансерах

**4. Что понимается под порядками оказания медицинской помощи согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Порядки оказания медицинской помощи – это этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинских организаций, стандарт оснащения и штатные нормативы медицинской организации (структурного подразделения)
- 2) Порядки оказания медицинской помощи - это руководящие разъяснения компетентных органов государственной власти по вопросам организации оказания конкретных видов медицинской помощи, профилей медицинской помощи и оказании медицинской помощи при определенных заболеваниях или симптомах,
- 3) Порядки оказания медицинской помощи - организация единообразия при оказании медицинских услуг (как платных, так и бесплатных), по видам, профилям, заболеваниям
- 4) Это усредненные показатели медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания
- 5) Это процесс организации медицинской помощи

**5. Что понимается под стандартами оказания медицинской помощи согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан»?**

- 1) Это этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинских организаций, стандарт оснащения и штатные нормативы медицинской организации (структурного подразделения)
- 2) Это руководящие разъяснения компетентных органов государственной власти по вопросам организации оказания конкретных видов медицинской помощи, профилей медицинской помощи и оказании медицинской помощи при определенных заболеваниях или симптомах,
- 3) Организация единообразия при оказании медицинских услуг (как платных, так и бесплатных), по видам, профилям, заболеваниям
- 4) Это усредненные показатели медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания
- 5) Это формализованное описание объема той медицинской помощи, которая должна быть обеспечена пациенту с конкретной нозологической формой, синдромом или в конкретной клинической ситуации

**6. Первичная медико-санитарная помощь включает следующие виды:**

- 1) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
- 2) Первичная врачебная медико-санитарная помощь,
- 3) Первичная специализированная медико-санитарная помощь
- 4) Первичная паллиативная помощь

**7. Основными направлениями улучшения первичной медико-санитарной помощи являются**

- 1) Введение платных медицинских услуг
- 2) Совершенствование работы врача общей практики и семейного врача
- 3) Совершенствование преемственности между поликлиникой и стационаром, станцией скорой медицинской помощи
- 4) Приоритет профилактической работы
- 5) Развитие медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара
- 6) Развитие стационарозамещающих технологий в организации медицинской помощи (стационар на дому, дневной стационар)
- 7) Сокращение врачей и укрупнение территориальных участков

**8. Численность населения на терапевтическом врачебном участке в городе:**

- 1) 1300 человек взрослого населения
- 2) 700 человек взрослого населения
- 3) 1200 человек взрослого населения
- 4) 1500 человек взрослого населения
- 5) 2000 и более взрослого населения

**9. Численность населения на участке врачей общей практики:**

- 1) 1300 человек взрослого населения
- 2) 1700 человек взрослого населения
- 3) 1200 человек взрослого населения

- 4) 1500 человек взрослого населения  
5) 2000 и более взрослого населения
- 10. Численность населения на участке семейного врача:**  
1) 1300 человек взрослого населения и детского населения  
2) 1700 человек взрослого населения и детского населения  
3) 1200 человек взрослого населения и детского населения  
4) 1500 человек взрослого населения и детского населения  
5) 2000 и более взрослого населения и детского населения
- 11. Численность населения на комплексном участке:**  
1) 1300 человек взрослого населения и детского населения  
2) 1700 человек взрослого населения и детского населения  
3) 1200 человек взрослого населения и детского населения  
4) 1500 человек взрослого населения и детского населения  
5) 2000 и более взрослого населения и детского населения
- 12. Численность населения на терапевтическом врачебном участке в сельской местности:**  
1) 1300 человек взрослого населения  
2) 1700 человек взрослого населения  
3) 1200 человек взрослого населения  
4) 1500 человек взрослого населения  
5) 2000 и более взрослого населения
- 13. Первичная медико-санитарная помощь организуется по принципу:**  
1) Территориально-участковый  
2) Бригадного подряда  
3) Ведомственной принадлежности  
4) Централизации оказания медицинской помощи
- 14. Не входит в задачи поликлиники:**  
1) Лечебная  
2) Диагностическая работа  
3) Экспертиза стойкой утраты трудоспособности  
4) Профилактическая работа, диспансеризация  
5) Экспертиза временной утраты трудоспособности  
6) Гигиеническое воспитание и обучение населения
- 15. В каких медицинских организациях и структурных подразделениях оказывается ПМСМ:**  
1) Диспансеры  
2) Поликлиники  
3) Кабинет доврачебной помощи поликлиники  
4) Кабинета неотложной медицинской помощи поликлиники  
5) Больница  
6) Женские консультации  
7) Родильный дом  
8) Стационар на дому  
9) Дневной стационар

**Ответы к Теме 9.**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12	№13	№14	№15	№14	№15
2	3	5	4	2,4	5	2,3,4,6	8	3	4	5	1	1	2	1,2,3,4,6,8,9	3	2

**Тема 10. «Организация и анализ деятельности врача общей практики»**

**ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ:**

**1. Какой вид медицинской помощи оказывает врач общей практики в условиях поликлиники:**

- 1) Амбулаторно-поликлиническая  
2) Первичная медико-санитарная помощь  
3) Стационарная  
4) Специализированная  
5) Скорая

- 6) Паллиативная
- 7) Плановая

**2. Порядки оказания медицинской помощи согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан», это:**

- 1) Порядки оказания медицинской помощи – это этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинских организаций, стандарт оснащения и штатные нормативы медицинской организации (структурного подразделения)
- 2) Порядки оказания медицинской помощи - это руководящие разъяснения компетентных органов государственной власти по вопросам организации оказания конкретных видов медицинской помощи, профилей медицинской помощи и оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях или симптомах,
- 3) Порядки оказания медицинской помощи - организация единообразия при оказании медицинских услуг (как платных, так и бесплатных), по видам, профилям, заболеваниям
- 4) Это усредненные показатели медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания
- 5) Это процесс организации медицинской помощи

**3. Стандарт оказания медицинской помощи согласно Закону РФ №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан», это:**

- 1) Это этапы оказания медицинской помощи, правила организации деятельности медицинских организаций, стандарт оснащения и штатные нормативы медицинской организации (структурного подразделения)
- 2) Это руководящие разъяснения компетентных органов государственной власти по вопросам организации оказания конкретных видов медицинской помощи, профилей медицинской помощи и оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях или симптомах,
- 3) Организация единообразия при оказании медицинских услуг (как платных, так и бесплатных), по видам, профилям, заболеваниям
- 4) Это усредненные показатели медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий, компонентов крови, видов лечебного питания
- 5) Это формализованное описание объема той медицинской помощи, которая должна быть обеспечена пациенту с конкретной нозологической формой, синдромом или в конкретной клинической ситуации

**4. Какие виды первичная медико-санитарной помощи оказывает врач общей практики:**

- 1) Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
- 2) Первичная врачебная медико-санитарная помощь,
- 3) Первичная специализированная медико-санитарная помощь
- 4) Первичная паллиативная помощь

**5. По какому принципу организована работа врача общей практики:**

- 1) Территориально-участковый
- 2) Бригадного подряда
- 3) Ведомственной принадлежности
- 4) Централизации оказания медицинской помощи

**6. Какова численность населения на участке врачей общей практики:**

- 1) 1300 человек взрослого населения
- 2) 1700 человек взрослого населения
- 3) 1200 человек взрослого населения
- 4) 1500 человек взрослого населения
- 5) 2000 и более взрослого населения

**7. Какова численность населения на участке семейного врача:**

- 1) 1300 человек взрослого населения и детского населения
- 2) 1700 человек взрослого населения и детского населения
- 3) 1200 человек взрослого населения и детского населения
- 4) 1500 человек взрослого населения и детского населения
- 5) 2000 и более взрослого населения и детского населения

**8. Какова численность населения на комплексном участке:**

- 1) 1300 человек взрослого населения и детского населения
- 2) 1700 человек взрослого населения и детского населения

- 3) 1200 человек взрослого населения и детского населения
- 4) 1500 человек взрослого населения и детского населения
- 5) 2000 и более взрослого населения и детского населения

**9. Какова численность населения на терапевтическом врачебном участке в сельской местности:**

- 1) 1300 человек взрослого населения
- 2) 1700 человек взрослого населения
- 3) 1200 человек взрослого населения
- 4) 1500 человек взрослого населения
- 5) 2000 и более взрослого населения

**10. В каких медицинских организациях работает врач общей практики:**

- 1) Диспансеры
- 2) Поликлиники
- 3) Кабинет доврачебной помощи поликлиники
- 4) Кабинета неотложной медицинской помощи поликлиники
- 5) Круглосуточный стационар
- 6) Женские консультации
- 7) Родильный дом
- 8) Стационар на дому

**Ответы к Теме 10**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10
2	1-3	4,5	1-3	1	3	4	5	1	2

**Тема 11. «Анализ деятельности медицинских организаций»**

**1. Какой показатель характеризует штаты учреждения:**

1) Обеспеченность обслуживаемого населения врачами  
 =  $\frac{\text{Число физических лиц врачей- всего, работающих на занятых должностях в целом по поликлинике}}{\text{Среднегодовая численность населения, обслуживания}} \times 10000$

2) Укомплектованность поликлиники врачами

=  $\frac{\text{Число занятых должностей врачей – всего в целом по поликлинике}}{\text{Число штатных должностей врачей- всего в целом по поликлинике}} \times 100$

3) Выполнение плана посещений

=  $\frac{\text{Фактическое число врачебных посещений в поликлинике и на дому}}{\text{Плановое число врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$

**2. Какие показатели характеризуют показатели объемов амбулаторно-поликлинической помощи**

1) 1.Число посещений на 1 жителя в год:

=  $\frac{\text{Число врачебных посещений в поликлинике и на дому} + \text{число посещений к среднему медицинскому персоналу ведущему самостоятельный прием}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$

2) Удельный вес посещений на дому по поводу заболеваний:

$$= \frac{\text{Число врачебных посещений на дому по поводу заболеваний}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$$

Число всех врачебных посещений в поликлинике и на дому

- 3) 3. Удельный вес посещений в поликлинику, сделанных по поводу заболеваний взрослых и подростков

$$= \frac{\text{Число посещений в поликлинику, сделанных по поводу заболеваний взрослых и подростков}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинику}} \times 100$$

### 3. Какие показатели характеризуют профилактическую работу в поликлинике?

1. Удельный вес профилактических посещений в поликлинику

$$= \frac{\text{Число всех профилактических посещений в поликлинику}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинику}} \times 100$$

2. Выполнение плана посещений

$$= \frac{\text{Фактическое число врачебных посещений в поликлинике и на дому}}{\text{Плановое число врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$$

3. Удельный вес посещений по территориальным врачебным участкам

$$= \frac{\text{Число врачебных посещений по поводу заболеваний территориального врачебного участка №1 (№2 и т.д.)}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$$

4. Удельный вес посещений на дому по поводу заболеваний:

$$= \frac{\text{Число врачебных посещений на дому по поводу заболеваний}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$$

### 4. Какие показатели характеризуют показатели нагрузки персонала

1. Фактическая среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике (показатель рассчитывается по отдельным специальностям по ф. 039 /у-02)

$$= \frac{\text{Число врачебных посещений в поликлинике}}{\text{Количество отработанных часов}}$$

2. Плановая функция врачебной должности (муниципальный заказ)

Расчетная нагрузка врача-специалиста в час (умножить) x количество отработанных часов в год

3. Фактическая функция врачебной должности (ф. 039 /у-02)

Фактическая нагрузка врача-специалиста в час (умножить) x количество отработанных часов в год

### 5. Выберите показатели, характеризующие работу по диспансеризации населения

1. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами (ф. 30)

$$= \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число всех жителей}} \times 100$$



*Число лиц подлежащих осмотру*

2. Частота заболеваний выявленных при медицинских осмотрах (заключительный акт по результатам периодического медицинского осмотра)

*Число заболеваний, впервые выявленных при медицинских осмотрах*  
\_\_\_\_\_ *x1000*

*Число осмотренных лиц*

3. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами

*Число осмотренных лиц*

\_\_\_\_\_ *x100*

*Число лиц, подлежащих осмотру*

**6. Какие показатели характеризуют заболеваемость населения?**

1. Частота заболеваний впервые выявленных при медицинских осмотрах

*Число заболеваний впервые выявленных при медицинских осмотрах*

\_\_\_\_\_ *x1000*

*Число осмотренных лиц*

2. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением

*Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года*

\_\_\_\_\_ *x1000*

*Среднегодовая численность прикрепленного населения*

3. Частота заболеваний выявленных при медицинских осмотрах (заключительный акт по результатам периодического медицинского осмотра)

*Число заболеваний, впервые выявленных при медицинских осмотрах*

\_\_\_\_\_ *x1000*

*Число осмотренных лиц*

**7. Выберите показатели, характеризующие профилактическую деятельность поликлиники?**

1. Структура больных, состоящих на диспансерном учете

*Число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года*

\_\_\_\_\_ *x100*

*Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года*

2. Своевременность взятия больных на диспансерный учет

*Число больных, взятых на диспансерный учет в течение года*  
*из числа лиц с впервые установленным диагнозом*

\_\_\_\_\_ *x100*

*Число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом*

3. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами

*Число осмотренных лиц*

\_\_\_\_\_ *x100*

*Число лиц, подлежащих осмотру*

**8. Какие показатели характеризуют эффективность диспансеризации?**

1. Процент лиц с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года

*Число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного*  
*заболевания с улучшением (ухудшением, без изменения состояния)*  
*на конец отчетного года*

\_\_\_\_\_ *x100*

*Общее число больных, состоящих на диспансерном учете*

по поводу данного заболевания на конец отчетного года

2. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением  
$$\frac{\text{Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 1000$$

3. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами  
$$\frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих осмотру}} \times 100$$

### 9. Какие показатели говорят об эффективности профилактической работы?

1. Охват декретированного населения вакцинопрофилактикой  
$$\frac{\text{Число лиц определенной возрастной группы, охваченных вакцинацией}}{\text{Общее число лиц данной возрастной группы, подлежащих вакцинации}} \times 100$$

2. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением  
$$\frac{\text{Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 1000$$

3. Удельный вес посещений на дому по поводу заболеваний:  
$$= \frac{\text{Число врачебных посещений на дому по поводу заболеваний}}{\text{Число всех врачебных посещений в поликлинике и на дому}} \times 100$$

### 10. Какие показатели характеризуют деятельность стационара больницы:

1. Полнота охвата населения медицинскими осмотрами (ф. 30)  
$$= \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц подлежащих осмотру}} \times 100$$

2. Среднегодовая занятость койки  
$$= \frac{\text{Число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{Число развернутых среднегодовых коек}}$$

3. Оборот койки  
$$= \frac{\text{Число выбывших больных (выписанные + умершие)}}{\text{Число развернутых среднегодовых коек}}$$

### 11. Какой показатель характеризует летальность в стационаре

1. 
$$\frac{\text{Число умерших}}{\text{Число выписанных}} \times 100$$

2. 
$$\frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число поступивших в стационар}} \times 100$$

3. 
$$\frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выбывших + умерших}} \times 100$$

### 12. Как рассчитать среднюю длительность пребывания больного на койке

$$\frac{\text{Число койко-дней фактически проведенных в стационаре}}{\text{Число койко-дней фактически проведенных в стационаре}}$$

1.

Число развернутых коек

2. Число койко-дней фактически проведенных в стационаре

Число развернутых коек

3. Число койко-дней фактически проведенных в стационаре

Число выбывших (выписанные + умершие)

### Ответы к Теме 11

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12
1,2	1-3	1,2	1-3	1-3	1,3	2,3	1-3	1,2	2,3	3	3

### Тема 12 «Экспертиза временной нетрудоспособности».

ВЫБЕРИТЕ ОДИН ИЛИ НЕСКОЛЬКО ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ

**1. При первичном обращении больного к врачу был поставлен диагноз «Гипертоническая болезнь», в результате чего возникло нарушение трудоспособности. Какие формы документации должен заполнить врач?**

- 1) Медицинская карта амбулаторного больного, статистический талон (ф. №25/у), лист нетрудоспособности.
- 2) Медицинская карта амбулаторного больного, лист нетрудоспособности.
- 3) Медицинская карта амбулаторного больного, статистический талон (ф. №25/у), лист нетрудоспособности, направление на медико-социальную экспертизу

**2. Безработный К., состоящий на учете в территориальном органе труда и занятости населения, обратился в поликлинику с обострением бронхита. Имеет ли право пациент на получение больничного листа?**

- 1) Больничный лист не выдается безработным
- 2) Выдается безработным врачебно-экспертной комиссией ЛПУ
- 3) Листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в поликлинику.

**3. Рабочий М. был нетрудоспособен в течение 11 месяцев в связи с заболеванием туберкулезом легких. Какой порядок оформления нетрудоспособности в данном случае?**

- 1) Врач единолично и одновременно продлевает лист нетрудоспособности до полного выздоровления
- 2) Врач направляет пациента на медико-социальную экспертизу для оформления инвалидности
- 3) Врач направляет пациента на врачебную комиссию для продления листка нетрудоспособности до 12 месяцев

**4. Служащая С. находилась в отпуске без сохранения содержания с 19.08 по 28.08.и заболела гриппом. 29.08. она продолжала болеть и обратилась в поликлинику. Как оформить документы, удостоверяющие ее нетрудоспособность?**

- 1) Врач выдает больничный лист со дня начала заболевания с 19.08. единолично
- 2) Врач единолично выдает больничный лист с момента обращения в поликлинику с 29.08 при обнаружении у пациента признаков временной нетрудоспособности
- 3) Врач направляет пациента на врачебно-контрольную комиссию для решения вопроса о выдаче больничного листа

**5. Женщина, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, заболела. За ребенком вынужден был ухаживать отец в течение 26 дней. Как оформить временную нетрудоспособность по уходу за больным ребенком?**

- 1) Больничный лист по уходу за ребенком выдается матери
- 2) Больничный лист не выдается
- 3) Больничный лист по уходу за ребенком выдается отцу
- 4) Больничный лист по уходу за ребенком выдается матери и отцу

**6. У работающей женщины заболел ребенок в возрасте 6 лет. Диагноз: «Острая дизентерия». Какой документ необходимо оформить по уходу за ребенком?**

- 1) Больничный лист по уходу за ребенком выдается матери на весь срок лечения в детской поликлинике по месту жительства
- 2) Больничный лист по уходу за ребенком выдается на весь срок лечения в детской инфекционной больнице

- 3) Больничный лист по уходу за ребенком не выдается
  - 4) Больничный лист по уходу за ребенком выдается матери на весь срок лечения в детской поликлинике по месту жительства по решению врачебной комиссии
  - 5) Больничный лист по уходу за ребенком выдается на весь срок лечения в детской инфекционной больнице после заключения врачебной комиссии о необходимости осуществления ухода.
- 7. У работающей женщины заболел ребенок в возрасте 10 лет. Диагноз: «Острая дизентерия». Какой документ необходимо оформить по уходу за ребенком?**
- 1) Больничный лист по уходу за ребенком выдается матери на весь срок лечения в детской поликлинике по месту жительства
  - 2) Больничный лист по уходу за ребенком выдается на весь срок лечения в детской инфекционной больнице на весь срок лечения
  - 3) Больничный лист по уходу за ребенком не выдается
  - 4) Больничный лист по уходу за ребенком выдается матери на весь срок лечения в детской поликлинике по месту жительства по решению врачебной комиссии
  - 5) Больничный лист по уходу за ребенком выдается на весь срок лечения в детской инфекционной больнице после заключения врачебной комиссии о необходимости осуществления ухода.
- 8. У женщины, находящейся в очередном отпуске, заболел ребенок. Как оформить нетрудоспособность матери по уходу за ребенком?**
- 1) Листок нетрудоспособности выдается по уходу за ребенком до полного выздоровления ребенка
  - 2) Листок нетрудоспособности по уходу не выдаются
  - 3) Листок нетрудоспособности выдается по уходу на 7 дней
  - 4) Листок нетрудоспособности выдается по уходу за ребенком по решению врачебно-экспертной комиссии
- 9. Пациент Л. находился на протезировании в амбулаторно-поликлинических условиях. Какой порядок выдачи листка нетрудоспособности?**
- 1) Листок нетрудоспособности выдается на весь период протезирования
  - 2) Листок нетрудоспособности не выдается.
  - 3) Листок нетрудоспособности выдается по решению клинико-экспертной комиссии
- 10. Служащей Р был произведен аборт, который осложнился воспалительным процессом. В результате этого женщина находилась на стационарном лечении до выздоровления. Какой порядок оформления нетрудоспособности при операции аборт?**
- 1) Листок нетрудоспособности не выдается
  - 2) Листок нетрудоспособности выдается на 1 день
  - 3) Листок нетрудоспособности выдается на 2 дня
  - 4) Листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения
  - 5) Листок нетрудоспособности выдается по решению клинико-экспертной комиссии
- 11. Пациент В. перенес острый инфаркт миокарда. Был направлен лечащим врачом непосредственно из стационара на долечивание в санаторий. Как оформить нетрудоспособность пациента?**
- 1) Листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания
  - 2) Листок нетрудоспособности не выдается
  - 3) Листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом стационара на весь период долечивания
  - 4) Листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом поликлиники на весь период долечивания
- 12. Ребенок-инвалид 12 лет был направлен врачом на санаторно-курортное лечение. Ребенок нуждается в постоянном индивидуальном уходе. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения ребенка - инвалида.**
- 1) Листок нетрудоспособности выдается врачом поликлиники одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.
  - 2) Листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда врачом санатория
  - 3) Листок нетрудоспособности не выдается

- 4) Листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда по решению клинико-экспертной комиссии.

**Ответы к Теме 12.**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12
1	3	3	2	3	2	5	2	2	4	1	1

**Тема 13. «Эффективность в здравоохранении. Экономический эффект и экономический ущерб в здравоохранении».**

**1. Ущерб от смертности складывается из**

- 1) Числа умерших
- 2) Числа живущих
- 3) Недопроизведенной продукции умерших членов общества
- 4) От ожидаемой продолжительности жизни

**2. Что понимается под ожидаемой продолжительности жизни?**

- 1) Это число лет прожитое каждым человеком
- 2) Это среднее число лет прожитое мужчинами и женщинами
- 3) Это важнейший интегральный показатель, характеризующий уровень смертности населения.
- 4) Это показатель, который получается путем деления числа человеко-лет предстоящей жизни для доживших до возраста  $x$  на число доживших до возраста  $x$ .
- 5) Число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель

**3. Показателями естественного движения населения являются:**

- 1) рождаемость;
- 2) смертность;
- 3) естественный прирост;
- 4) ожидаемая продолжительность жизни.

**4. Экономический ущерб от заболеваемости трудоспособного населения складывается из затрат :**

- 1) На лечение
- 2) На выплату пособий по больничному листку
- 3) На реабилитацию больного
- 4) Непроизведенной за время болезни продукции

**5. Экономический эффект в результате сокращения сроков лечения населения зависит от**

- 1) Чистой продукции, производимая за один рабочий день в расчете на одного работающего
- 2) Среднедневного размера пособия по временной нетрудоспособности одного работника
- 3) Числа сэкономленных рабочих дней
- 4) Стоимости лечения одного больного за день
- 5) Числа сэкономленных календарных дней
- 6) Численности работающего населения
- 7) Численности неработающего населения

**6. Экономический эффект от снижения уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности при применении медицинских программ, направленных на улучшение здоровья населения зависит от:**

- 1) Числа случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности до применения медицинской программы
- 2) Число случаев заболеваний с временной и утратой трудоспособности после применения медицинской программы
- 3) Численности работающего населения
- 4) Численности неработающего населения

**7. Экономический ущерб от инвалидности складывается из:**

- 1) Численности впервые выявленных инвалидов
- 2) Численности инвалидов, стоящих на учете в органах социального обеспечения
- 3) Численности умерших инвалидов

- 4) Численности работающего населения
  - 5) Численности неработающего населения в следствии инвалидности
- 8. Экономический ущерб от инвалидности включает затраты:**
- 1) На лечение работающих инвалидов
  - 2) На реабилитацию работающих инвалидов
  - 3) На выплаты пособий по инвалидности
  - 4) На лечение неработающих инвалидов
  - 5) На реабилитацию неработающих инвалидов

**Ответы к Теме 13.**

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8
1,3,4	5	1-4	1,2,3,4	1-5	1-3	1,2,3,5	1-5

**Тема 14. «Планирование, финансирование в здравоохранении. Медицинское страхование»**

**1. Экономика здравоохранения это**

- 1) Это отраслевая экономическая наука, которая разрабатывает стоимостные показатели медицинской помощи, методы рационального использования ограниченных ресурсов здравоохранения, методы управления ресурсами здравоохранения для максимального удовлетворения потребностей населения в здоровье, товарах и услугах медицинского назначения - позволяет наиболее эффективно использовать :материальные; кадровые ;финансовые ресурсы в отрасли здравоохранения.
- 2) Это комплекс экономических знаний о формах, методах и результатах хозяйственной деятельности в области охраны здоровья населения
- 3) Это наука о производстве, распределении, обмене и потреблении материальных благ, отношениях между людьми в процессе производства в здравоохранении
- 4) Это наука о наиболее общих законах развития человеческого общества в условиях ограниченности ресурсов;

**2. Экономика здравоохранения -**

- 1) фундаментальная научная дисциплина
- 2) отраслевая экономическая наука
- 3) прикладная экономическая наука
- 4) специальная экономическая наука

**3. Предмет изучения экономики здравоохранения является**

- 1) Экономические отношения, которые возникают и складываются между людьми в процессе оказания медицинских услуг
- 2) Производство, распределение, обмен и потребление материальных благ в здравоохранении

**4. Эффективность в здравоохранении это**

- 1) это соотношение результатов (выгод) и затрат (издержек)
- 2) это соотношение полученных результатов и произведенных затрат
- 3) это экономический эффект поделенный на экономические затраты
- 4) это предотвращенный экономический ущерб, то есть экономический ущерб, который удалось предотвратить в результате применения комплекса медицинских мероприятий

**5. Виды эффективности в здравоохранении**

- 1) Медицинская
- 2) Социальная
- 3) Экономическая
- 4) Биологическая
- 5) Социологическая

**6. Виды медицинского страхования:**

- 1) Обязательное
- 2) Добровольное
- 3) Смешанное

**7. Охарактеризуйте ОМС:**

- 1) Всеобщее
- 2) Индивидуальное
- 3) Коллективное.

**8. Охарактеризуйте ДМС:**

- 1) Всеобщее.

- 2) Индивидуальное
- 3) Коллективное (групповое)

**9. Основные источники финансирования при ОМС:**

- 1) Взносы работодателей.
- 2) Государственный бюджет
- 3) Личные доходы граждан

**10. Граждане в системе ОМС имеют право на**

- 1) Выбор страхования
- 2) Выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС
- 3) Получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора
- 4) Получение медицинских услуг соответствующих по объему (и качеству) величине фактически выплаченного страхового взноса.
- 5) Возвратность части страховых взносов.

**11. Страховщик в системе ОМС имеет право:**

- 1) Свободного выбора медицинских учреждений
- 2) Участвовать в аккредитации медицинских учреждений
- 3) Устанавливать размер страховых взносов по ОМС
- 4) Принимать участие в разработке и согласовании тарифов на медицинские услуги
- 5) Предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению (или медицинскому работнику) на возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине
- 6) Отказать страхователю в заключении договора по ОМС, соответствующего действующим условиям страхования.

**12. Страховщик в системе ОМС обязан:**

- 1) Заключать договора с медицинскими организациями на оказание медицинской помощи застрахованным
- 2) После заключения договора с гражданами выдать страховой полис
- 3) Контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора
- 4) Осуществлять деятельность по ОМС на коммерческой основе
- 5) Осуществлять возвратность части страховых взносов
- 6) Заключать договора на оказание оздоровительных и социальных услуг застрахованным гражданам из средств ОМС
- 7) Защищать интересы застрахованных граждан

**13. Медицинская помощь в системе ОМС оказывают учреждения:**

- 1) Любой формы собственности, аккредитованные в установленном порядке
- 2) Только государственные ЛПУ, аккредитованные в установленном порядке
- 3) Только муниципальные и частные учреждения, аккредитованные в установленном порядке.

**14. Страховой взнос при ОМС исчисляется:**

- 1) От фонда оплаты труда, исчисляемого по всем основаниям
- 2) От прибыли предприятия
- 3) От балансового дохода предприятия

**15. Источниками финансирования здравоохранения в настоящее время являются**

- 1) средства бюджета, средства ОМС
- 2) средства системы медицинского страхования
- 3) доходы от оказания платных услуг населению
- 4) средства направленные на целевые программы финансирования здравоохранения
- 5) все вышеперечисленное

**16. Уровни бюджетного финансирования**

- 1) федеральный
- 2) региональный
- 3) муниципальный
- 4) учрежденческий
- 5) все вышеперечисленные

**17. Фонды ОМС могут быть**

- 1) территориальными
- 2) муниципальными
- 3) федеральными
- 4) учрежденческие

#### 18. Страховой риск в системе ОМС

- 1) предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;
- 2) совершившееся событие при наступлении, которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;
- 3) все вышеперечисленное

#### 19. Страховой случай в системе ОМС

- 1) заболевание, травма
- 2) необходимость оплаты медицинских услуг
- 3) обращение к медицинскому работнику
- 4) беременность
- 5) совершившееся событие при наступлении, которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию;

#### 20. Объект страхования в системе ОМС

- 1) заболевание, травма
- 2) обращение за медицинской помощью
- 3) страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;
- 4) страховой полис
- 5) гражданин

#### 21. Принципы ОМС в РФ

- 1) обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая.
- 2) устойчивость финансовой системы ОМС
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС;
- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц по ОМС
- 5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи,
- 6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников ОМС в органах управления ОМС

#### 22. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.
- 4) Медицинские организации
- 5) Страховые медицинские организации
- 6) Все вышеперечисленное

#### 23. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.
- 4) Федеральный фонд ОМС
- 5) Застрахованные граждане
- 6) Все вышеперечисленное

#### Ответы к Теме 14.

№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	№11	№12
1,2	2	2	1	1,2,3	1,2	1	2,3	1,2	2,4	2,4	1,2,3,7

№13	№14	№15	№16	№17	№18	№19	№20	№21	№22	№23
1	3	5	1,2,3	1,3	1	5	3	1-6	1,2,3	1,2,3

#### 2.2 Перечень тематик презентаций для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)



1. Статика населения. Динамика населения. Их значение.
2. Понятия «демография», «народонаселение». Основные направления народонаселения, их признаки
3. Миграция населения. Её виды.
4. Показатели естественного движения населения.
5. Типы населения.
6. Показатели естественного движения населения.
7. Факторы риска, их классификация.
8. Группировка факторов риска.
9. Краткая характеристика факторов риска образа жизни и среды обитания.
10. Профилактика, её виды.
11. Роль средних медицинских работников в организации медицинской профилактики.
12. Понятие «здоровье», его составляющие.
13. Качество жизни, его критерии.
14. Факторы здоровья.
15. Факторы риска: первичные, вторичные. Группы риска.
16. Факторы образа жизни и их влияние на здоровье взрослого населения
17. Факторы образа жизни и их влияние на здоровье детского населения
18. Стратегия укрепления здоровья в отношении взрослых.
19. Уровни потребностей человека по А.Маслоу
20. Социальные потребности.
21. Потребности в самоуважении и уважении
22. Здоровье в иерархии потребностей человека.
23. Мотивация здоровья и здорового образа жизни
24. Факторы, детерминирующие здоровье
25. Понятие о возрасте, его виды.
26. Возрастные периоды
27. Возрастные особенности здорового человека
28. Понятие «семья». Кризисы семьи.
29. Основные принципы семейного права. Личные права супругов
30. Отношения в семье.
31. Функции семьи.
32. Типы семей.
33. Социально психологический портрет гармоничной семьи. Социально психологический портрет проблемной семьи.
34. Основные проблемы современной семьи
35. Определение понятий "геронтология", "гериатрия", "герогиена". Причины старения.
36. Основные условия активного долголетия.

**Темы презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем**

### **2.3 Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости**

#### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

В районе К. численность населения составляет 40 000 жителей, возрастной состав которого распределен следующим образом: от 15 до 19 лет – 6 000 человек (1 группа), от 20 до 59 лет – 24 000 человек (2 группа), от 60 до 69 лет – 5 000 человек (3 группа), от 70 лет и более - 5 000 человек (4 группа). В районе работает 48 врачей, к ним в течение года сделано 400 000 посещений. Число обращений в поликлинику в разных возрастных группах составило: 1 группы – 4 800, 2 группы – 24 000, 3 группы - 19 600, 4 группы – 9 600.

Вычислить из имеющейся информации показатели: интенсивный, экстенсивный, показатель соотношения .

**Ответ:**

#### **Интенсивный показатель:**

$$\text{а) Число посещений на одного жителя в год} = \frac{\text{Число посещений}}{\text{Численность населения}} \times 1$$

$$\frac{400\,000}{40\,000} \times 1 = 10 \text{ посещений в год.}$$

**б) Показатель обращаемости =**  $\frac{\text{Число обращений жителями}}{\text{Общая численность населения} \times 1\,000}$

$$\frac{48\,000}{40\,000} \times 1\,000 = 12\,000 \text{ ‰.}$$

**в) Показатель обращаемости =**  $\frac{\text{Число обращений жителей 15 – 19 лет}}{\text{Численность населения в возрасте 15 – 19 лет} \times 1\,000}$   
лиц 15 – 19 лет

$$\frac{4\,800}{6\,000} \times 1\,000 = 800 \text{ ‰.}$$

**г) Показатель обращаемости =**  $\frac{\text{Число обращений жителей 20 - 59 лет}}{\text{Численность населения в возрасте 20 - 59 лет} \times 1\,000}$   
лиц 20-59 лет

$$\frac{24\,000}{24\,000} \times 1\,000 = 1000 \text{ ‰.}$$

**д) Показатель обращаемости =**  $\frac{\text{Число обращений жителей 60 - 69 лет}}{\text{Численность населения в возрасте 60 - 69 лет} \times 1\,000}$   
лиц 60-69 лет

$$\frac{19\,600}{5\,000} \times 1\,000 = 3920 \text{ ‰.}$$

**е) Показатель обращаемости =**  $\frac{\text{Число обращений жителей 70 лет и выше}}{\text{Численность населения в возрасте 70 лет и выше} \times 1\,000}$   
лиц 70 лет и выше

$$\frac{9\,600}{5\,000} \times 1\,000 = 1920 \text{ ‰.}$$

**Экстенсивный показатель:**

А) Возрастная структура населения района К.

**а) Доля лиц возрастной группы =**  $\frac{\text{Число лиц в возрасте 15 – 19 лет}}{\text{Общая численность населения}} \times 100$   
15 – 19 лет

$$\frac{6\,000}{40\,000} \times 100 = 15 \text{ ‰.}$$

**б) Доля лиц возрастной группы =**  $\frac{\text{Число лиц в возрасте 20 – 59 лет}}{\text{Общая численность населения}} \times 100$   
20 – 59 лет

$$\frac{24\,000}{40\,000} \times 100 = 60 \text{ ‰.}$$

**в) Доля лиц возрастной группы =**  $\frac{\text{Число лиц в возрасте 60 – 79 лет}}{\text{Общая численность населения}} \times 100$

60 – 79 лет

$$\frac{5\,000}{40\,000} \times 100 = 12,5 \%$$

г) Доля лиц  
возрастной группы =  
70 лет и более

$$\frac{\text{Число лиц в возрасте 70 лет и более}}{\text{Общая численность населения}} \times 100$$

$$\frac{5\,000}{40\,000} \times 100 = 12,5 \%$$

Б) Структура обращений в поликлинику разными возрастными группами:

а) Доля обращений лиц 15 –  
19 лет =

$$\frac{\text{Число обращений лицами 15 – 19 лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$$

$$\frac{4\,800}{48\,000} \times 100 = 10 \%$$

б) Доля обращений лиц 20 –  
59 лет =

$$\frac{\text{Число обращений лицами 20 – 59 лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$$

$$\frac{24\,800}{48\,000} \times 100 = 50 \%$$

в) Доля обращений лиц 60 –  
69 лет =

$$\frac{\text{Число обращений лицами 60 – 69 лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$$

$$\frac{9\,600}{48\,000} \times 100 = 20 \%$$

г) Доля обращений лиц 70 лет и  
более =

$$\frac{\text{Число обращений лиц 70 и более лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$$

$$\frac{9\,600}{48\,000} \times 100 = 20 \%$$

**Показатель соотношения:**

Обеспеченность населения  
врачами =

$$\frac{\text{Число врачей}}{\text{Общая численность населения}} \times 10\,000$$

$$\frac{48}{40\,000} \times 10\,000 = 12 \text{ ‰}$$

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

У 10 пациентов пожилого и старческого возраста, побывавших на поликлиническом приеме у врача общей практики за рабочий день, имеет место полиморбидная патология: пациент №1 – 3 заболевания, пациент №2 – 4, пациент №3 – 5, пациент №4 – 3, пациент №5 – 4, пациент №6 – 5, пациент №7 – 3, пациент №8 – 4, пациент №9 – 5, пациент №10 – 2.

1. Составьте вариационный ряд.

2. Дайте основные характеристики вариационного ряда.
3. Выберите медико-статистический инструментарий, необходимый в данной ситуации для определения среднего количества заболеваний на 1 пациента пожилого и старческого возраста.

**Ответ:**

1. На основе представленных в задаче данных составляем вариационный ряд, который имеет следующий вид:

V (варианты)	p (частота встречаемости)
2	1
3	3
4	3
5	3

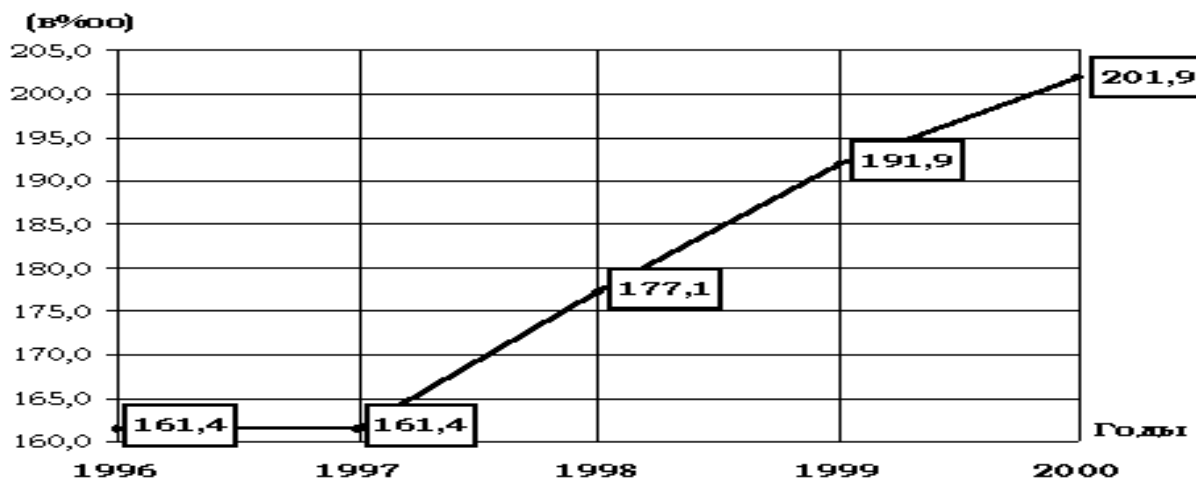
-----  
 $\Sigma = 10$

2. Основными характеристиками данного вариационного ряда являются:  
Вариационный ряд взвешенный ( $p \geq 1$ ), четный ( $n = 10$ ).
3. Для определения среднего количества заболеваний на 1 пациента пожилого и старческого возраста в данной ситуации необходим следующий медико-статистический инструментарий:  
Средняя арифметическая взвешенная ( $M_{\text{взвешенная}}$ );  
Среднее квадратическое отклонение взвешенное при  $n < 30$  ( $\sigma_{\text{взвешенное}}$ );  
Средняя ошибка средней арифметической ( $m_M$ ).

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Изобразить графически динамику общей детской инвалидности в г. Самара за 1996 – 2000 г.г. (на 10 000 детского населения), если известно, что показатель детской инвалидности в 1996 г. составил – 161,4, в 1997 г. – 161,4, в 1998 г. -177,1, в 1999 - 191,9. в 2000 г. – 201,9.

**Ответ:**



Динамика общей детской инвалидности в г. Самара за 1996 – 2000 г.г.  
(на 10 000 детского населения).

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Произведите выравнивание динамического ряда при помощи групповой средней

**Динамика заболеваемости взрослого населения  
болезнями системы кровообращения (в %о)**

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7

**Ответ:**

Выравнивание ряда производим при помощи групповой средней:

**Динамика заболеваемости взрослого населения  
болезнями системы кровообращения (в %о)**

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7
Выравнивание при помощи групповой средней	$\frac{121,7+125,5}{2} = 123,6$		$\frac{127,3+135,5}{2} = 131,4$		$\frac{138,8+143,6}{2} = 141,2$		$\frac{146,9+152,2}{2} = 149,5$		$\frac{166,8+174,7}{2} = 170,7$	

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

При вычислении t-критерия Стьюдента с целью сравнения уровня общего белка в сыворотке крови 100 пациентов основной группы и 90 обследованных группы контроля сотрудниками отделения врачей общей практики было получено значение 2,1.

С какой доверительной вероятностью (P) и вероятностной ошибкой (p) можно считать различия в уровне общего белка сыворотки крови в данной ситуации статистически достоверными или статистически недостоверными?

**Ответ:**

В данном случае доверительная вероятность (P) равна 95%, а вероятностная ошибка (p) меньше или равна 0,05. Следовательно, различия в уровне общего белка сыворотки крови в данной ситуации являются статистически достоверными.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6**

Вычислите показатели динамического ряда: показатель наглядности, абсолютный прирост, темп роста, темп прироста. Сделайте вывод.

**Динамика заболеваемости взрослого населения  
болезнями системы кровообращения (в %о)**

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7

**ОТВЕТ: Показатель наглядности:**

За исходный уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения возьмем 1991 г. – 121,7 – 100%.

Сравним с уровнем заболеваемости в 2000 г. - 174,7 – х.

121,7 – 100%

174,7 – х

$\frac{174,7}{121,7} \times 100$

$$x = 121,7 = 143,5 \%$$

**Динамика заболеваемости взрослого населения  
болезнями системы кровообращения (в %о)**

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Заболеваемость болезнями системы кровообращения</b>	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7
<b>Выравненный при помощи групповой средней</b>	123,6		131,4		141,2		149,5		170,7	
<b>Абсолютный прирост</b>	-	131,4 – 123,6 = 7,8		141,2 – 131,4 = 9,8		149,5 – 141,2 = 8,3		170,7 – 149,5 = 21,2		
<b>Темп прироста</b>	-	7,8/123,6=6,3		9,8/131,4=7,5		8,3/141,2=5,9		21,2/149,5 = 14,2		

**Вывод:** При анализе заболеваемости населения по классу сердечно - сосудистых заболеваний обращает внимание рост этого показателя за 10 – летний промежуток времени на 43,5% или в 1,4 раза. При этом наиболее высокий темп прироста наблюдается в 1999 – 2000 г. Темп прироста составил – 14,2%.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

Постройте макет групповой таблицы, распределив пациентов по нозологиям, полу и возрасту.

**Ответ:**

**Распределение пациентов по нозологиям, по полу и возрастным группам**

№ п.п.	Название заболевания	Пол		Возраст						Всего
		М.	Ж.	< 29	30-39	40 - 49	50-59	60-69	70 >	
1										
2										
...										
<b>ИТОГО</b>										

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

На основе представленных статистических данных требуется:

1. Произвести выравнивание динамического ряда.
2. Проанализировать тенденции процесса.
3. Сделать соответствующие выводы.

Смертность на 1000 чел. населения в г. К.

Годы	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Смертность	8,9	7,6	7,9	8,0	10,2	9,6	10,2

**ОТВЕТ:**

1. Скользящая  
средняя

8,1    7,8    8,7    9,3    10,0

1. Выравнивание динамического ряда производим путем вычисления скользящей средней.
2. До выравнивания динамического ряда путем вычисления скользящей средней имела место следующая тенденция смертности:

8,9	↓	7,6	↑	7,9	↑	8,0	↑	10,2	↓	9,6	↑	10,2
-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	------	---	-----	---	------

После выравнивания динамического ряда путем вычисления скользящей средней имеет место следующая тенденция смертности:

		8,1	↓	7,8	↑	8,7	↑	9,3	↑	10,0		
--	--	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	------	--	--

3. Выравнивание динамического ряда путем вычисления скользящей средней позволило установить следующую тенденцию: в 1999 году смертность снизилась по сравнению с 1998 годом, а в последующие 2000-2002 годы имела тенденцию к повышению.

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

Постройте макет комбинационной таблицы, распределив пациентов по нозологиям, полу и возрасту.

**Ответ:**

**Распределение пациентов по нозологиям, полу и возрастным группам**

№ п.п.	Название заболевания	1. Возрастные группы и 2. пол пациентов												3. Все го
		< 29		30-39		40 -49		50-59		60-69		70 >		
		М.	Ж	М.	Ж	М.	Ж	М.	Ж	М.	Ж	М.	Ж	
<b>1</b>			.		.		.		.		.		.	
<b>2</b>														
<b>3</b>														
<b>Итого</b>														

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

Рассчитайте показатель рождаемости, если известно, сто за отчетный год число родившихся живыми составило 1500, среднегодовая численность населения -160000 человек.

**ОТВЕТ:**

Общий коэффициент рождаемости рассчитывается по формуле: число родившихся живыми в данном году поделить на среднегодовую численность населения и умножить на 1000.

$$1500 \times 1000 / 160000 = 9,4 \text{ ‰}$$

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

В отчете стационара в разделе о диагностических ошибках врачей, которые получены при сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов, представлены следующие данные:

Причина смерти	Проведено вскрытий	Кол-во диагностических ошибок
----------------	--------------------	-------------------------------

Туберкулез легких	100	10
Рак легкого	45	8
Атеросклероз	72	8
Язва желудка	100	15

Проводивший анализ врач сделал вывод о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка. Правильен ли этот вывод?

**Ответ:**

Для определения правильности вывода врача, проводившего анализ, о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка, необходимо произвести вычисление интенсивного показателя диагностических ошибок при вскрытиях для каждой причины смерти. Так, получаем следующие показатели:

Причина смерти	Интенсивный показатель (%)
Туберкулез легких	10
Рак легкого	18
Атеросклероз	11
Язва желудка	15

Вычисление интенсивного показателя позволяет сделать заключение о том, что вывод врача неправилен, поскольку показатель диагностических ошибок при язве желудка составляет лишь 15%, а их максимальный уровень выявлен при раке легкого и он составляет 18%.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Рассчитайте показатель смертности, если известно, сто за отчетный год число умерших составило 2600, среднегодовая численность населения -160000 человек.

**Ответ:**

Общий коэффициент смертности рассчитывается по формуле: число умерших в данном году поделить на среднегодовую численность населения и умножить на 1000.

$$2600 \times 1000 / 160000 = 16,2 \text{ ‰}$$

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

В отчете стационара в разделе о диагностических ошибках врачей, которые получены при сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов, представлены следующие данные:

Причина смерти	Проведено вскрытий	Кол-во диагностических ошибок
Туберкулез легких	102	10
Рак легкого	54	8
Атеросклероз	79	8
Язва желудка	120	15

Проводивший анализ врач сделал вывод о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка. Правильен ли этот вывод?

**Ответ:**

Для определения правильности вывода врача, проводившего анализ, о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка, необходимо произвести вычисление интенсивного показателя диагностических ошибок при вскрытиях для каждой причины смерти. Так, получаем следующие показатели:

Причина смерти	Интенсивный показатель (%)
Туберкулез легких	10
Рак легкого	15
Атеросклероз	10



Вычисление интенсивного показателя позволяет сделать заключение о том, что вывод врача неправилен, поскольку удельный вес диагностических ошибок при язве желудка составляет лишь 13%, а их максимальный уровень выявлен при раке легкого и он составляет 15%.

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

Рассчитать показатель распространенности болезнями органов дыхания, если известно, что число зарегистрированных заболеваний – 6731, численность населения 30 тыс. чел.

**Ответ:**

Показатель распространенности :  $6731/30000 \times 1000 = 224,3\%$ .

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

В отчете стационара в разделе о диагностических ошибках врачей, которые получены при сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов, представлены следующие данные:

Причина смерти	Проведено вскрытий	Кол-во диагностических ошибок
Туберкулез легких	155	17
Рак легкого	132	15
Атеросклероз	52	10
Язва желудка	137	5

Проводивший анализ врач сделал вывод о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при туберкулезе легких. Правильен ли этот вывод?

**Ответ:**

Для определения правильности вывода врача, проводившего анализ, о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при туберкулезе легких, необходимо произвести вычисление интенсивного показателя диагностических ошибок при вскрытиях для каждой причины смерти. Так, получаем следующие показатели:

Причина смерти	Интенсивный показатель (%)
Туберкулез легких	11
Рак легкого	11
Атеросклероз	19
Язва желудка	4

Вычисление интенсивного показателя позволяет сделать заключение о том, что вывод врача неправилен, поскольку показатель диагностических ошибок при туберкулезе легких составляет лишь 11%, а их максимальный уровень выявлен при атеросклерозе и он составляет 19%.

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

При первичном обращении больного к врачу был поставлен диагноз «Гипертоническая болезнь», в результате чего возникло нарушение трудоспособности. Какие формы документации должен заполнить врач?

**Ответ:** Медицинская карта амбулаторного больного, статистический талон (ф. №25/у), лист нетрудоспособности.

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

Безработный К., состоящий на учете в территориальном органе труда и занятости населения, обратился в поликлинику с обострением бронхита. Как оформить нетрудоспособность?

**Ответ:** Безработным гражданам, состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения, при наступлении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в поликлинику.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Рабочий М. был нетрудоспособен в течение 12 месяцев в связи с заболеванием туберкулезом легких. Какой порядок оформления нетрудоспособности в данном случае?

**Ответ:** По решению клинико-экспертной комиссии, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже, чем через 30 дней.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

Служащая С. находилась в отпуске без сохранения содержания с 19.08 по 28.08.и заболела гриппом. 29.08. она продолжала болеть. Как оформить документы, удостоверяющие ее нетрудоспособность?

**Ответ:** При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, листок выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

Женщина, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, заболела. За ребенком вынужден был ухаживать отец в течение 26 дней. Как оформить временную нетрудоспособность отца по уходу за больным ребенком?

**Ответ:** Листок нетрудоспособности выдается по уходу работающим лицам, занятым уходом за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком инвалидом в возрасте до 16 лет, в случае болезни матери на период, когда она не может осуществлять уход за ребенком

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

У работающей женщины заболел ребенок в возрасте 6 лет. Диагноз: «Острая дизентерия». Какой документ необходимо оформить матери по уходу за ребенком?

**Ответ:** За ребенком до 7 лет при стационарном лечении выдается листок нетрудоспособности на весь срок лечения, старше 7 лет - после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

У женщины, находящейся в очередном отпуске, заболел ребенок. Как оформить нетрудоспособность матери по уходу за ребенком?

**Ответ:** В период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности по уходу не выдается

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Во время очередного отпуска у служащей Н. заболел 2 - летний ребенок, с которым она находилась в стационаре 14 дней. Как оформить нетрудоспособность матери? Имеет ли она право на продление очередного отпуска?

**Ответ:** В период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности по уходу не выдается

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

Пациент Л. находился на протезировании в амбулаторно-поликлинических условиях. Какой порядок выдачи листка нетрудоспособности?

**Ответ:** Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия, листок нетрудоспособности не выдается.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

Служащей Р был произведен аборт, который осложнился воспалительным процессом. В результате этого женщина находилась на стационарном лечении до выздоровления. Какой порядок оформления нетрудоспособности при операции аборт?

**Ответ:** При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но не менее 3-х дней (в том числе и при миниаборте).

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

У повара М. детского сада при проведении профилактического осмотра был поставлен диагноз: «Гельминтоз». Как оформить нетрудоспособность в данном случае?

**Ответ:** Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Женщина была госпитализирована по поводу операции «подсадка эмбриона». Каков порядок оформления нетрудоспособности?

**Ответ:** При операции "подсадка эмбриона" листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

Пациент В. перенес острый инфаркт миокарда. Был направлен лечащим врачом непосредственно из стационара на долечивание в санаторий. Как оформить нетрудоспособность пациента?

**Ответ:** При направлении больных в санатории из больничных учреждений после перенесенного острого инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Ребенок -инвалид 12 лет был направлен врачом на санаторно-курортное лечение. Ребенок нуждается в постоянном индивидуальном уходе. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения ребенка - инвалида.

**Ответ:** . При направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения "Мать и дитя" ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним, листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Служащий Б., находясь в командировке, заболел гриппом и обратился в поликлинику. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данном случае?

**Ответ:** Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

#### **2.4 Проведение круглого стола по теме: Оптимизация охраны здоровья населения**

<b>ОК-1</b>	<b>способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</b>
1	Основные принципы и методы сбора, анализа и синтеза информации, оценки их достоверности
2.	Проанализировать предложенные преподавателем материалы об охране здоровья населения (ситуационная задача) на предмет соответствия законодательным актам РФ по защите окружающей среды
3	Составить алгоритм поиска современной информации с учетом ее достоверности и важности, в рамках предложенной темы
<b>ПК-4</b>	<b>способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения</b>
1	Возможности социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения
2	Решение ситуационных задач - социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения
3	Провести медико-статистический анализ информации о показателях здоровья населения для решения профессиональных задач
<b>ПК-7</b>	<b>готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека</b>
1	Абсолютные, относительные показатели здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение; принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы
2	Ведение медицинской документации, связанной с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой
3	Моделирование ситуации - экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы (условия задаются преподавателем)
<b>ПК-17</b>	<b>способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</b>
1	Основы современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ
2	Организация мероприятий по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях
3	Оценить факторы, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях (условия определяются преподавателем). Методы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан
<b>ПК-18</b>	<b>готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с</b>

	<b>использованием основных медико-статистических показателей</b>
1	основные медико-статистические показатели здоровья населения, организация медицинской помощи различным группам населения; обязательное и дополнительное медицинское страхование
2	Решение задач по медицинской статистике
3	Оценить качество оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей

## **2.5 ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ**

1. ВАРИАНТА, ИМЕЮЩАЯ НАИБОЛЬШУЮ ЧАСТОТУ В ВАРИАЦИОННОМ РЯДУ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. модой
2. интервалом
3. медианой
4. средним квадратическим отклонением

2. ВАРИАНТА, ДЕЛЯЩАЯ ВАРИАЦИОННЫЙ РЯД ПОПОЛАМ ПО ЧИСЛУ НАБЛЮДЕНИЙ, НАЗЫВАЕТСЯ

1. медианой
2. модой
3. интервалом
4. средним квадратическим отклонением

3. ТИПИЧНОСТЬ СРЕДНЕЙ АРИФМЕТИЧЕСКОЙ ВЕЛИЧИНЫ ОПРЕДЕЛЯЕТ

1. среднее квадратическое отклонение
2. медиана
3. мода
4. средняя ошибка средней арифметической

4. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1. врачебная комиссия
2. главный врач
3. заведующий отделением
4. комиссия по трудовым спорам

5. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ

1. врачебная комиссия
2. консилиум специалистов
3. лечащий врач
4. главный врач

6. АБСОЛЮТНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИНАНСОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1. рентабельность
2. доход
3. прибыль
4. выручка

7. ФИНАНСОВЫЕ СРЕДСТВА ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАХОДЯТСЯ В СОБСТВЕННОСТИ

1. государства
2. страховых медицинских организаций
3. предприятий, организаций
4. фонда социального страхования населения РФ

8. ПОД ПОТРЕБНОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПОНИМАЕТСЯ

1. доля населения, нуждающегося в госпитализации
2. число коек на определённую численность населения
3. доля госпитализированных за год больных
4. число врачебных должностей стационара на определённую численность населения

9. ДЛЯ РАСЧЕТА ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ЧИСЛЕ

- 1.заболеваний, выявленных впервые в данном году
2. заболеваний, зарегистрированных впервые в прошлом году
- 3.социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в течение трех лет
4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных в данном и в прошлом году

10. ДЛЯ РАСЧЕТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЕННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

- 1.заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
2. конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
3. конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
- 4.всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

11. ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О

- 1.заболеваемости в данном году и в предыдущие годы
2. числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
- 3.заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости
- 4.числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

12. СТАТИСТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

- 1.представляет собой единую систему учета и отчетности в здравоохранении
2. основан на создании экспериментальных моделей отдельных видов деятельности или учреждений здравоохранения
3. обеспечивает изучение явления с учетом времени, места, исторических условий
4. предполагает изучение любых процессов, явлений, организационных структур как систем, состоящих из подсистем и одновременно являющихся подсистемами более крупных систем

13. ПОД ДЕЛЕГИРОВАНИЕМ ПОЛНОМОЧИЙ ПОНИМАЮТ

- 1.наделение правами и обязанностями какого-либо лица в сфере его компетенции
2. предоставление полной свободы действий какому-либо лицу
3. передачу части своей заработной платы подчиненным
4. полное подчинение

14. ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПЛАНИРУЕТСЯ ПО

- 1.количеству посещений на одного жителя в год
2. пропускной способности поликлиники по числу посещений в день
3. количеству обслуживаемого населения на территории
4. плановой функции врачебной должности

15. СТРУКТУРНЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1.лицензирование и аккредитацию ресурсной базы учреждений здравоохранения
- 2.оценку качества медицинской помощи по конечным результатам
3. оценку соблюдения технологий лечебно-диагностического процесса
4. расчет интегрального коэффициента эффективности

16. УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ВКЛЮЧЕНЫ В

- 1.стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

17. В РОССИИ ОСНОВНЫМИ ПРИЧИНАМИ СМЕРТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1.болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины
2. болезни системы кровообращения, инфекционные заболевания, болезни органов дыхания
- 3.болезни органов дыхания, внешние причины, заболевания ЖКТ
4. новообразования, заболевания ЖКТ, патология опорно-двигательного аппарата

18. ВЕДУЩИМ ФАКТОРОМ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1.высокое АД
2. высокий индекс массы тела

3. алкоголь

4. курение

19. К МОДИФИЦИРУЕМЫМ (УПРАВЛЯЕМЫМ) ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ

1. вредные для здоровья факторы поведенческого характера (курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное питание)

2. пол

3. возраст

4. наследственность

20. В КНИГЕ ЗАПИСЕЙ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ ОТМЕЧАЮТСЯ

1. все вызовы, поступившие в течение дня, и активные посещения

2. только активные посещения

3. те вызовы, которые решит зарегистрировать врач для оплаты

4. только первичные вызовы

21. МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ ПОЛИКЛИНИКИ, ЕСЛИ

1. пациент регулярно наблюдался в данной поликлинике и умер дома

2. смерть произошла в стационаре

3. врач сам констатировал факт смерти

4. об этом сообщили родственники пациента

22. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ В ГОРОДЕ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ЧЕЛОВЕК ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ

1. 1700

2. 1500

3. 1200

4. 1300

23. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНО

1. в регистратуре

2. на приеме врача

3. при проведении диспансеризации

4. на дому

24. МЕДИЦИНСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

1. органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе

2. родителям

3. мужу или жене

4. работодателю

25. ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ

1. одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход

2. любому члену семьи по желанию больного

3. только одному из родителей

4. только матери

26. ВЫДАЧА ЛИСТОКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРИ ПРЕДЪЯВЛЕНИИ

1. документа, удостоверяющего личность

2. справки с места работы

3. полиса ОМС

4. амбулаторной карты

27. БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, СОСТОЯЩИЙ НА «Д» УЧЕТЕ У ВРАЧА-КАРДИОЛОГА ПОЛИКЛИНИКИ, ПЕРЕДАЕТСЯ НА УЧЕТ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ ЧЕРЕЗ (МЕС.)

1. 12

2. 6

3. 9

4. 10

28. ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВЫДАННОГО ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИЕЙ ЧЕРЕЗ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1.15

2.20

3. 10

4. 30

29. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

1.заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку)

2. ведется на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения

3. заводится отдельно каждым из врачей, проводящим лечение

4. заполняется только при первом и завершающем посещении пациента

30. ПРИ ОБРАЩЕНИИ К ВРАЧУ-ТЕРАПЕВТУ УЧАСТКОВОМУ В ПУНКТЕ 19 УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ ПУНКТ

1.первичная врачебная медико-санитарная помощь

2. первичная доврачебная медико-санитарная помощь

3. первичная специализированная медико-санитарная помощь

4. паллиативная медицинская помощь

31. В ФОРМЕ N 025-1/У «ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ» ПОДЛЕЖАТ УЧЕТУ

1.посещения врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием

2. случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи

3. обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации

4. случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях

32. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 030/У «КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ» НОМЕР КАРТЫ ДОЛЖЕН СООТВЕТСТВОВАТЬ НОМЕРУ

1.медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у)

2.страхового медицинского полиса пациента

3. СНИЛС пациента

4. талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025-1/у)

33. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 030-13/У «ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ» ПО ЗАВЕРШЕНИИ ОТЧЕТНОГО ПЕРИОДА ПОДПИСЫВАЕТСЯ

1.врачом-терапевтом участковым и специалистом организационно-методического кабинета

2. главным врачом

3. председателем врачебной комиссии

4. заместителем главного врача по организационно-методической работе

34. «СПРАВКА ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ПУТЕВКИ НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ» (ФОРМА №070/У), ВЫДАВАЕМАЯ ЛИЦУ, ИМЕЮЩЕМУ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, ЗАВЕРЯЕТСЯ ПОДПИСЬЮ

1.председателя врачебной комиссии

2. лечащего врача

3. главного врача

4. заместителя главного врача по организационно-методической работе

35. В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ С \_\_\_\_\_ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



1. первого
2. пятого
3. десятого
4. пятнадцатого

36. ПРИ ДОСТИЖЕНИИ РЕБЕНКОМ ВОЗРАСТА 17 ЛЕТ (ВКЛЮЧИТЕЛЬНО) И ПЕРЕДАЧЕ ЕГО НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДАННЫЕ ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 112/У) ПЕРЕНОСЯТСЯ В ФОРМУ N

- 1.052-1/у «Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного»
2. 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
3. 025-1/у «Галон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»
4. 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг»

37. «НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ

1. заведующим отделением
2. главным врачом
3. заместителем главного врача по лечебной работе
4. председателем врачебной комиссии

38. УЧЕТНАЯ ФОРМА N 039-1/У-06 «ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ» ЗАПОЛНЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ УЧАСТКОВОЙ

1. ежедневно
2. раз в неделю
3. раз в месяц
4. раз в квартал

39. ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ТРАВМ), ОТРАВЛЕНИЙ И ИНЫХ СОСТОЯНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВРЕМЕННОЙ ПОТЕРЕЙ ГРАЖДАНАМИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ (ФОРМИРУЕТ) ГРАЖДАНАМ ЛИСТКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. сроком не более 15 дней
2. сроком не более 5 дней
3. сроком не более 10 дней
4. на весь срок лечения

40. РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ 15 ДНЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. врачебной комиссией
2. лечащим врачом
3. главным врачом
4. заместителем главного врача по клинико-экспертной работе

41. ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ БЕЗ СРОКА ПЕРЕОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

1. инвалидам с необратимыми анатомическими дефектами
2. инвалидам I группы
3. детям-инвалидам
4. инвалидам по профессиональному заболеванию

42. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЧАСТОТУ ИЛИ УРОВЕНЬ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ЯВЛЕНИЯ В СРЕДЕ, НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ДАННОЕ ЯВЛЕНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

1. интенсивный
2. экстенсивный
3. соотношения
4. наглядности

43. ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ СТРУКТУРУ, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ИЛИ ДОЛЮ ИЗУЧАЕМОГО ЯВЛЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

1. экстенсивный
2. интенсивный

3. наглядности

4. соотношения

#### 44. ПОД ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ ПОНИМАЕТСЯ ЧАСТОТА

1. новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном календарном году выявленных среди населения заболеваний

2. всех заболеваний, зарегистрированных за календарный год среди населения

3. острых заболеваний за календарный год, зарегистрированных среди населения при проведении профилактических осмотров

4. всех заболеваний и синдромов, зарегистрированных за календарный год среди населения

#### 45. ИСПРАВЛЕНИЯ В УЧЕТНОЙ ФОРМЕ N 025/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ»

##### ПОДТВЕРЖДАЮТСЯ

1. подписью врача, заполняющего карту

2. подписью главного врача

3. подписью заведующего отделением

4. решением врачебной комиссии

#### 46. «МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА (ВРАЧЕБНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОНСУЛЬТАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ)» (ФОРМА N 086/У) ЗАПОЛНЯЕТСЯ В ОТНОШЕНИИ

1. несовершеннолетних 15 - 17 лет, поступающих на работу

2. лиц, регистрирующихся на бирже труда

3. работающих пенсионеров

4. инвалидов III группы

#### 47. ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. ранее выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний

2. разработка индивидуальной программы реабилитации

3. определение показаний к санаторно-курортному лечению

4. обеспечение техническими средствами реабилитации

#### 48. УЧАСТКОВЫЙ ПРИНЦИП ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПМСП ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ФОРМИРОВАНИИ ГРУПП ОБСЛУЖИВАЕМОГО К ОНТИНГЕНТА

1. по признаку проживания (пребывания) на определенной территории

2. по работе на предприятиях, находящихся на данной территории

3. по признаку регистрации

4. по желанию пациента

#### 49. ОТБОР БОЛЬНЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ НА ДОМУ ПРОВОДИТСЯ ПО ПРЕДСТАВЛЕНИЮ

1. врачей-терапевтов участковых и специалистов поликлиники

2. заведующих отделениями поликлиники

3. врачей дневного стационара поликлиники

4. врачебной комиссии поликлиники

#### 50. К ПЕРВИЧНЫМ БОЛЬШИМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗДОРОВЬЮ ПО РЕЙТИНГУ ВОЗ ОТНОСИТСЯ

1. гиподинамия

2. инфекционное заболевание

3. климатические условия в районе проживания

4. вид профессиональной деятельности

#### 51. ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ ОБЯЗАН

1. обеспечить раннее выявление заболевания

2. ежедневно посещать пациента на дому без показаний

3. оказывать помощь всем нуждающимся родственникам пациента

4. в последующем выполнять активные вызовы к пациенту

#### 52. ОБЪЕКТОМ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. все жители территории

2. реконвалесценты острых заболеваний

3. больные хроническими заболеваниями

4. жители в трудоспособном возрасте

#### 53. ПАЦИЕНТАМИ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА МОГУТ БЫТЬ

1. все возрастнo-половые группы населения
  2. все взрослые
  3. взрослые, кроме беременных
  4. взрослые и подростки
54. ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ НА ВТОРОМ УРОВНЕ ПРОВОДИТСЯ
1. заведующим отделением
  2. заместителем главного врача по лечебной работе
  3. заместителем главного врача по клинико-экспертной работе
  4. главным врачом медицинской организации
55. ДЛЯ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ПОЛИКЛИНИК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОД
1. экспертных оценок
  2. статистический
  3. медико-экономического анализа
  4. социологический
56. К ВИДАМ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОТНОСЯТ
1. федеральную, территориальную
  2. муниципальную, районную
  3. внутриучрежденческую, коммерческую
  4. хозрасчетную, внебюджетную
57. БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС
1. является частью программы государственных гарантий
  2. включает программу государственных гарантий
  3. является частью территориальной программы государственных гарантий
  4. включает территориальную программу государственных гарантий
58. ВЕЛИЧИНА ДОПЛАТЫ ЗА КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПУТЕМ
1. умножения базового оклада на повышающий коэффициент
  2. деления базового оклада на повышающий коэффициент
  3. сложения базового оклада и повышающего коэффициента
  4. вычитания из базового оклада повышающего коэффициента
59. ИНВАЛИДНОСТЬ I ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА
1. 2 года
  2. 1 год
  3. 3 года
  4. бессрочно
60. ИНВАЛИДНОСТЬ II ГРУППЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА
1. 1 год
  2. 3 года
  3. бессрочно
  4. 2 года
61. СТЕПЕНЬ УТРАТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В
1. процентах
  2. долях от целого
  3. десятичных долях
  4. субъективных характеристиках
62. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН
1. если он является застрахованным
  2. после оперативного вмешательства
  3. во всех случаях нетрудоспособности
  4. при заболевании туберкулезом
63. К НАРУШЕНИЮ РЕЖИМА ОТНОСИТСЯ
1. несвоевременная явка на прием
  2. несоблюдение предписанного лечения

3. утеря листка нетрудоспособности
4. отказ от госпитализации
64. ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ НАРУШЕННЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ ТРУДУ
  1. носят временный, обратимый характер
  2. приняли стойкий необратимый характер
  3. приняли частично обратимый характер
  4. требуют смены трудовой деятельности
65. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН
  1. обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если выявлены признаки временной нетрудоспособности
  2. проходящим медицинское освидетельствование по направлению военных комиссариатов
  3. находящимся под административным арестом
  4. находящимся под стражей
66. РЕКОМЕНДУЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ СОСТАВЛЯЕТ
  1. 10
  2. 5
  3. 20
  4. 15
67. МАКСИМАЛЬНОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ, НА КОТОРОЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БЕЗ ПРОВЕДЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, СОСТАВЛЯЕТ
  1. 15
  2. 10
  3. 20
  4. 30
68. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. установление острого заболевания
  2. прохождение профилактического осмотра
  3. диспансеризация по поводу хронического заболевания
  4. прохождение обследования по направлению военных комиссариатов
69. ПАЦИЕНТ С ВЫРАЖЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ОГРАНИЧЕНИЕМ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ 2-3 СТЕПЕНИ ПРИЗНАЕТСЯ
  1. инвалидом 2 группы
  2. инвалидом 1 группы
  3. инвалидом 3 группы
  4. временно нетрудоспособным
70. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
  1. неблагоприятный трудовой прогноз
  2. возраст пациента
  3. допущенные дефекты в лечении
  4. ходатайство предприятия, на котором работает больной
71. К ПРИЧИНЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОТНОСЯТ
  1. гипертонический криз
  2. повышение уровня креатинина крови
  3. признаки гипертрофии миокарда левого желудочка
  4. кардиалгию
72. РЕКОМЕНДУЕМОЕ КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ I СТАДИИ С КРИЗОМ I ТИПА СОСТАВЛЯЕТ
  1. 3-5
  2. 8-10
  3. 12-14
  4. 16-18

73. В СЛУЧАЕ ОЧЕВИДНОГО НЕБЛАГОПРИЯТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ИМЕЕТ ПРАВО ВЫДАВАТЬ (ФОРМИРОВАТЬ) И ПРОДЛЕВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ

1. 4
2. 6
3. 10
4. 12

74. ИМЕЕТ ПРАВО НА ВЫДАЧУ ДОКУМЕНТА, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕГО ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ВРАЧ

1. сельской врачебной амбулатории
2. станции переливания крови
3. бальнеологической лечебницы
4. судебно-медицинской экспертизы

75. ДАЕТ РЕКОМЕНДАЦИИ О ВРЕМЕННОМ ПЕРЕВОДЕ РАБОТНИКА ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НА ДРУГУЮ РАБОТУ

1. врачебная комиссия медицинской организации
2. лечащий врач
3. председатель бюро МСЭ
4. заместитель главного врача, уполномоченный решать вопросы временной нетрудоспособности

76. ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ СТУДЕНТА УДОСТОВЕРЯЕТ СПРАВКА

1. Ф.095-у
2. Ф.058-у
3. Ф.030-у
4. Ф.025-у

77. ПРАВО НА ЛЬГОТЫ ПО ЛЕКАРСТВЕННОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ИМЕЮТ

1. ветераны боевых действий
2. реабилитированные и репрессированные
3. лица, признанные судом недееспособными
4. дети из многодетных семей

78. ПОЖИЛЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ГОД)

1. от 60 до 74
2. от 70 до 80
3. от 75 до 89
4. от 80 до 94

79. СТАРЧЕСКИМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОЗРАСТ (ГОД)

1. от 75 до 89
2. от 70 до 80
3. от 60 до 74
4. от 80 до 94

80. НОРМА НАГРУЗКИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА ПОЛИКЛИНИКИ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ В ЧАС

1. 4 посещения
2. 7 посещений
3. 6 посещений
4. 5 посещений

81. СРОК ДЕЙСТВИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ СОСТАВЛЯЕТ

1. 2 месяца
2. 30 дней
3. 10 дней
4. 6 месяцев

82. В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН СМЕРТНОСТИ В РОССИИ ПЕРВОЕ РАНГОВОЕ МЕСТО ПРИНАДЛЕЖИТ

1. болезням системы кровообращения
2. злокачественным новообразованиям
3. болезням органов дыхания
4. травмам и отравлениям

83. ЕДИНОЛИЧНО ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МАКСИМАЛЬНО НА \_\_\_ ДНЕЙ
- 1.15
  2. 7
  3. 10
  4. 30
84. ДАТОЙ УСТАНОВЛЕНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. дата регистрации документов в бюро МСЭ
  2. дата непосредственного освидетельствования
  3. дата открытия больного листа
  4. следующий день после регистрации документов в бюро
85. СРОКИ ВЫДАЧИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СЛУЧАЕ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ СОСТАВЛЯЮТ С \_\_\_\_\_ НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ
- |       |     |
|-------|-----|
| 1.30  | 140 |
| 2.28  | 140 |
| 3. 28 | 180 |
| 4. 30 | 180 |
86. БОЛЬНЫЕ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ 1 СТАДИИ ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ РАБОТЫ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗАХ НА (ДЕНЬ)
- 1.5
  2. 14
  3. 7
  4. 10
87. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВО ВРЕМЯ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕСКАМЕННОГО ХОЛЕЦИСТИТА СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)
- 1.14-20
  2. 7-10
  3. 21
  4. 28
88. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В ВОЗРАСТЕ ДО 15 ЛЕТ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ПО КАЖДОМУ СЛУЧАЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА
1. весь период лечения
  2. 3 дня
  3. 10 дней
  4. 7 дней
89. ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЦЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ДНЕЙ РАБОТЫ КОЙКИ В ГОДУ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. занятость койки
  2. оборот койки
  3. степень использования коечного фонда
  4. средний койко-день
90. К ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОТНОСИТСЯ
1. материнская смертность
  2. заболеваемость
  3. инвалидность
  4. индекс здоровья
91. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ 090/У ЯВЛЯЕТСЯ
1. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования
  2. экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку
  3. статистический талон о впервые выявленном случае заболевания

4. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

92. УЧЕТНОЙ ФОРМОЙ 058/У ЯВЛЯЕТСЯ

1. экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

2. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

3. извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

4. статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

93. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ КОРИ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ФОРМА

1. 058/у

2. 079/у

3. 089/у

4. 090/у

94. КЛАССИФИКАТОР ИЗДЕРЖЕК МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

1. материальные затраты

2. амортизационные отчисления

3. платежи за оказанные медицинские услуги

4. налоговые платежи

95. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ, ОТНОСЯТ

1. прибыль

2. себестоимость

3. прямые затраты

4. косвенные затраты

96. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ОПЕРАТИВНОСТЬ РАБОТЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. своевременность выезда бригад скорой медицинской помощи

2. обеспеченность населения скорой медицинской помощью

3. удельный вес успешных реанимационных мероприятий

4. расхождение диагнозов скорой медицинской помощи и стационаров

97. ДЛЯ РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

1. отчет станции, отделения (больницы) скорой медицинской помощи (ф.40)

2. дневник работы станции (отделения) скорой медицинской помощи (115/у)

3. журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (ф.109/у)

4. карта вызова скорой медицинской помощи (ф. 110/у)

98. НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ ВИДОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ПОМОЩЬ

1. специализированная

2. первичная медико-санитарная

3. скорая

4. паллиативная

99. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ СОСТАВА

ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПО ОТДЕЛЕНИЯМ СТАЦИОНАРА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

1. экстенсивности

2. интенсивности

3. обеспеченности

4. наглядности

100. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ

ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ЛИЦ РАЗНОГО ВОЗРАСТА ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПРЕДСТАВЛЕНЫ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

1. интенсивности

2. экстенсивности

3. наглядности
4. обеспеченности
101. МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
  1. количеством коек
  2. численностью обслуживаемого населения
  3. объемом оказываемых медицинских услуг
  4. количеством работающих врачей
102. ЧАСТОТА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ, НАЗЫВАЕТСЯ
  1. патологической пораженностью
  2. распространенностью
  3. первичной заболеваемостью
  4. болезненностью
103. ЭКСПЕРТИЗУ СТОЙКОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ
  1. бюро медико-социальной экспертизы
  2. территориальный фонд ОМС
  3. Федеральное медико-биологическое агентство
  4. министерство здравоохранения
104. НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ
  1. врачебная комиссия медицинской организации
  2. главный врач
  3. лечащий врач
  4. лечащий врач и заведующий отделением
105. ОДНИМИ ИЗ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПРИЧИН ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В ТРУДОСПОСОБНОМ ВОЗРАСТЕ В РФ ЯВЛЯЮТСЯ
  1. болезни системы кровообращения онкологические заболевания
  2. болезни нервной системы и желудочно-кишечного тракта
  3. несчастные случаи, отравления и травмы
  4. врожденные пороки развития, анатомические дефекты
106. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
  1. паллиативная
  2. первая
  3. санаторно-курортная
  4. стационарная
107. СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ
  1. Министерством здравоохранения РФ
  2. Правительством РФ
  3. руководством медицинской организации
  4. Российской академией наук
108. ДЛЯ РАСЧЕТА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ
  1. конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
  2. конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
  3. всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы
  4. заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
109. ИЗ УСЛОВИЙ, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ, НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ, СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ
  1. образ жизни
  2. здравоохранение
  3. наследственность
  4. внешняя среда
110. К ПЕРВИЧНЫМ ИСТОЧНИКАМ ИНФОРМАЦИИ О ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ
  1. перепись населения
  2. статистические публикации
  3. регистры



4. картотеки

111. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

1. первичная медико-санитарная, скорая, специализированная, паллиативная
2. амбулаторная, стационарная, стационарная дневная, вне медицинской организации
3. экстренная, неотложная, плановая
4. по врачебным специальностям

112. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

1. базовую программу ОМС
  2. протоколы ведения пациентов
  3. стандарт медицинской помощи
  4. порядок оказания медицинской помощи
113. ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЕТСЯ

1. страховой медицинский полис
2. справка о том, что он застрахован
3. расписка страховой компании о возмещении расходов на лечение
4. договор обязательного медицинского страхования

114. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ

1. специализированной помощи
2. скорой помощи
3. паллиативной помощи
4. первичной медико-санитарной помощи

115. ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСИТСЯ К ФОРМЕ

1. государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
2. ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности
3. внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
4. вневедомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности

116. СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 N 323-ФЗ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - ЭТО

1. комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг
2. комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний
3. набор медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций
4. сочетанные мероприятия по устранению или облегчению проявлений заболевания

117. ИЗМЕРИТЕЛЕМ ОБЪЁМА ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год
2. нагрузка врачей, работающих в поликлинике
3. функция врачебной должности
4. количество посещений поликлиники в день

118. ПОД ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОНИМАЮТ

1. степень достижения конкретных результатов при оказании медицинской помощи при соответствующих ресурсных затратах
2. улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
3. степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи
4. строгое соблюдение стандартов медицинской помощи

119. ЭКСТЕНСИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ

1. структуру явления
  2. репрезентативность
  3. достоверность
  4. взаимосвязь признаков
120. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ СМЕРТНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. интенсивным показателем
2. средней величиной

3. стандартизованным показателем
  4. показателем наглядности
121. МИНИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО НАБЛЮДЕНИЙ ПРИ МАЛОЙ ВЫБОРКЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1.30
  2. 100
  3. 50
  - 4.20
122. ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗА КАКОЙ-ЛИБО ПЕРИОД ВРЕМЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
1. темп прироста
  2. стандартизованный показатель
  3. коэффициент достоверности
  4. интенсивный показатель
123. ДЛЯ НАГЛЯДНОСТИ ИЗОБРАЖЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНА ДИАГРАММА
1. секторная
  2. столбиковая
  3. линейная
  4. радиальная
124. ПОКАЗАТЕЛЬ СООТНОШЕНИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
1. соотношение двух разнородных совокупностей
  2. распространение целого в части
  3. частоту явлений в своей среде
  4. структуру, состав явления
125. МИНИМАЛЬНАЯ ВЕЛИЧИНА КОЭФФИЦИЕНТА СТЬЮДЕНТА, ПРИ КОТОРОЙ РАЗЛИЧИЕ МЕЖДУ СРАВНИВАЕМЫМИ ВЕЛИЧИНАМИ СЧИТАЕТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ, СОСТАВЛЯЕТ
- 1.2,0
  2. 1,8
  3. 3,0
  4. 1,0
126. ПРИ КОЭФФИЦИЕНТЕ ДОСТОВЕРНОСТИ, РАВНОМ 2, ДОВЕРИТЕЛЬНАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ (%)
- 1.95,5
  2. 68
  3. 99,5
  - 4.99,9
127. ОБЪЕМ ВЫБОРОЧНОЙ СОВОКУПНОСТИ ЗАВИСИТ ОТ
1. величины предельной ошибки и степени однородности изучаемого явления
  2. принятой вероятности безошибочного прогноза и степени однородности изучаемого явления
  3. принятой вероятности безошибочного прогноза и величины предельной ошибки
  4. достаточного количества единиц в генеральной совокупности
128. В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ НЕ ВХОДИТ
1. экспертиза стойкой утраты трудоспособности
  2. лечебно-диагностическая работа
  3. санитарно-гигиеническое воспитание и обучение населения
  4. профилактическая работа, диспансеризация
129. ВЫКОПИРОВКА ИЗ ЛИСТОВ НАЗНАЧЕНИЯ ПРОИЗВОДИТСЯ
1. ночной постовой медсестрой
  2. врачом
  3. дневной постовой медсестрой
  4. старшей медсестрой
130. ВОПРОСАМИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАНИМАЮТСЯ
1. медицинские организации
  2. учреждения образования
  3. органы управления здравоохранением
  4. Роспотребнадзор

131. ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ЭКСПЕРТИЗУ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИМЕЮТ ПРАВО

1. медицинские организации независимо от организационно-правовой формы (индивидуальные предприниматели), имеющие лицензию на осуществление экспертизы временной нетрудоспособности
2. только бюджетные медицинские организации, подведомственные органу исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации
3. только медицинские организации, участвующие в реализации программы обязательного медицинского страхования
4. только государственные (муниципальные) медицинские организации

132. УЧЕТНЫМ ДОКУМЕНТОМ ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО БОЛЬНОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1. контрольная карта диспансерного наблюдения
2. карта ежегодной диспансеризации
3. статистический талон
4. амбулаторная карта

133. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ

1. государством
2. медицинскими учреждениями
3. фондами ОМС
4. страховыми организациями (компаниями)

134. ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. риск наступления страхового случая
2. здоровье
3. пациент
4. болезнь

135. ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ К БЛОКУ НАУК

1. отраслевых экономических
2. экономической теории
3. прикладных экономических
4. специальных экономических

136. АНАЛИЗ «МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ» ПРИМЕНЯЕТСЯ

1. для подтверждения предпочтения более дешевого метода лечения
2. для определения эффективности проведенных мероприятий
3. при расчете минимального необходимого числа персонала
4. при расчете минимально необходимых объемов деятельности для достижения цели

137. СПРОС НА ОСНОВНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕН НА НИХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. низкой эластичностью
2. совершенной не эластичностью
3. единичной эластичностью
4. высокой эластичностью

138. ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗНЫХ ПРОФИЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ

1. порядками оказания медицинской помощи
2. лицензией
3. программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи
4. программой обязательного медицинского страхования

139. СПЕЦИАЛЬНЫЙ РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДЕЙСТВИТЕЛЕН (ДНЕЙ)

1. 15
2. 30
3. 10
4. 5

140. ПРАВО НА БЕСПЛАТНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ ИМЕЮТ ПАЦИЕНТЫ С

1. орфанными заболеваниями

2. множественными переломами

3. ожирением

4. бациллоносительством

141. ПЕРЕЧЕНЬ, ЧАСТОТА И КРАТНОСТЬ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПАЦИЕНТАМ ПРИ РАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. стандартом оказания медицинской помощи при данном заболевании

2. порядком оказания медицинской помощи при заболевании соответствующего профиля

3. программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи

4. приказом главного врача медицинской организации

142. ВЗИМАНИЕ ПЛАТЫ С ПАЦИЕНТА ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. не допускается

2. допускается при оказании экстренной медицинской помощи иногородним пациентам

3. допускается при обращении за экстренной медицинской помощью лиц в состоянии алкогольного опьянения

4. допускается при оказании экстренной медицинской помощи коммерческими медицинскими организациями

143. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА РАЗРАБАТЫВАЕТСЯ

1. бюро медико-социальной экспертизы

2. отделениями реабилитации

3. отделениями медицинской профилактики

4. санаторно-курортными учреждениями

144. ПАЦИЕНТЫ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ДОЛЖНЫ СОСТОЯТЬ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ

1. пожизненно

2. в течение года после проведения радикального лечения

3. в течение трех лет после проведения радикального лечения

4. в течение пяти лет с момента выявления заболевания

145. ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО

1. соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет

2. любой врачебной специальности не менее 7 лет

3. соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет

4. любой врачебной специальности не менее 10 лет

146. ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ПЕРВОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО

1. соответствующей врачебной специальности не менее 5 лет

2. любой врачебной специальности не менее 5 лет

3. соответствующей врачебной специальности не менее 7 лет

4. любой врачебной специальности не менее 10 лет

147. ДЛЯ ПРИСВОЕНИЯ ВТОРОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ КАТЕГОРИИ ВРАЧУ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ СТАЖ РАБОТЫ ПО

1. соответствующей врачебной специальности не менее 3 лет

2. любой врачебной специальности не менее 5 лет

3. соответствующей врачебной специальности не менее 5 лет

4. любой врачебной специальности не менее 7 лет

148. ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АТТЕСТАЦИИ ВРАЧАМ И СРЕДНИМ МЕДРАБОТНИКАМ ПРИСВАИВАЕТСЯ

1. квалификационная категория

2. сертификат специалиста

3. ученая степень

4. разряд

149. ПОДТВЕРЖДАТЬ КВАЛИФИКАЦИОННУЮ КАТЕГОРИЮ НЕОБХОДИМО

1. каждые пять лет

2. каждые десять лет

3. каждые три года

4. ежегодно

150. ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ РАБОТНИКА В ПЕРИОД ОЧЕРЕДНОГО ОПЛАЧИВАЕМОГО ОТПУСКА ОФОРМЛЯЕТСЯ

1. листок нетрудоспособности на весь период временной утраты трудоспособности вследствие заболевания

2. листок нетрудоспособности со дня предполагаемого выхода на работу

3. листок нетрудоспособности до окончания отпуска

4. справка установленного образца

151. ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ ПРОДЛЕВАТЬСЯ ДО (МЕС.)

1.4

2. 10

3. 6

4. 1

152. ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОФОРМЛЯЕТСЯ НА (ДЕНЬ)

1.140

2. 194

3.180

4. 156

153. ПРИ НАЛИЧИИ ОШИБОК В ЗАПОЛНЕНИИ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛИБО В СВЯЗИ С ЕГО ПОРЧЕЙ ИЛИ УТЕРЕЙ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВЗАМЕН РАНЕЕ ВЫДАННОГО ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. оформляется дубликат листка нетрудоспособности

2. оформляется копия листка нетрудоспособности с внесенными в нее исправлениями

3. допускается выдача дубликата листка нетрудоспособности

4. выписка из протокола врачебной комиссии

154. ЛИЦЕНЗИЯ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВУЕТ

1. бессрочно

2. 5 лет

3. 10 лет

4. 3 года

155. ВРАЧИ ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЮТ ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ РАБОТУ, САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНУЮ РАБОТУ, ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКУЮ РАБОТУ И ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

1. ведение медицинской документации

2. санитарно-эпидемиологический надзор

3. экспертизу профессиональной пригодности

4. медико-социальную экспертизу

156. ПО ДАННЫМ ВОЗ, ЛЮДЬМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА СЧИТАЮТСЯ ЛИЦА СТАРШЕ (ГОД)

1. 60

2. 50

3. 70

4. 80

157. ДОКУМЕНТОМ, УДОСТОВЕРЯЮЩИМ ВРЕМЕННУЮ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. листок нетрудоспособности

2. выписка из истории болезни стационарного больного

3. индивидуальная программа реабилитации инвалида

4. справка станции скорой медицинской помощи

158. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИИ ЮРИДИЧЕСКУЮ, ФИНАНСОВУЮ И

1. статистическую

2. государственную

3. диагностическую

4. страховую

159. ВРЕМЕННАЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТЬ ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГАСТРИТА В ПЕРИОД ОБОСТРЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ (ДЕНЬ)

1. 6-7

2. 3-4

3. 16-18

4. 12-14

160. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ХОЛЕЦИСТИТА СРЕДНЕТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

1. 10 – 14 дней

2. 7 – 10 дней

3. 14 – 21 день

4. 21 – 42 дня

161. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА СОСТАВЛЯЮТ

1. 45-50 дней

2. 30-40 дней

3. 60-80 дней

4. 80-100 дней

162. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СЕРОПОЗИТИВНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ С МЕДЛЕННО ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ I – II СТЕПЕНЕЙ АКТИВНОСТИ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)

1. 30 – 45

2. 15 – 20

3. 21 – 30

4. 7 – 14

163. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПОДАГРЕ СОСТАВЛЯЮТ (ДЕНЬ)

1. 15 – 20

2. 7 – 10

3. 10 – 14

4. 5 – 7

164. БЕССРОЧНО I ГРУППА ИНВАЛИДНОСТИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ У БОЛЬНОГО С

1. ХСН ФК IV, нуждающегося в постоянном уходе

2. ХСН ФК IV, не нуждающегося в постоянном уходе

3. ХСН ФК I и II

4. ХСН с отеком легких

165. ФОРМИРОВАНИЕ (ВЫДАЧА) ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЮРИДИЧЕСКИМИ ЛИЦАМИ НЕЗАВИСИМО ОТ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПРАВОВОЙ ФОРМЫ (ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНЫМИ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯМИ), ИМЕЮЩИМИ ЛИЦЕНЗИЮ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВКЛЮЧАЯ РАБОТЫ (УСЛУГИ) ПО

1. экспертизе временной нетрудоспособности

2. профилактическим медицинским осмотром

3. профилю «терапия» и «педиатрия»

4. экспертизе стойкой нетрудоспособности

166. УСТАНОВЛЕНИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

1. медико-социальная экспертная комиссия

2. заведующий отделением

3. врачебная комиссия медицинской организации

4. лечащий врач

167. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДЛЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫДАЁТСЯ

1. медицинской организацией

2. фондом социального страхования

3. отраслевыми профсоюзами

4. комиссиями МСЭ

168. ПОКАЗАТЕЛЕМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПОТРЕБНОСТЬ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. среднее число посещений на одного жителя в год
2. мощность амбулаторно-поликлинического учреждения
3. число обслуживаемого населения по территории
4. пропускная способность поликлиники по числу посещений в день

169. ОСНОВОЙ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ

1. показатели здоровья населения и потребность в медицинской помощи
2. результаты медицинских осмотров населения
3. демографические показатели
4. результаты медицинских осмотров населения и диспансеризация

170. ДЕФЕКТЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В РАБОТЕ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УСТРАНЯЮТСЯ ПУТЁМ

1. проведения регулярных экспертных оценок качества преемственности
2. оптимизации работы учреждений здравоохранения
3. совершенствования технологии работы врачей
4. укрепления и совершенствования материально-технической базы

171. ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ДО 7 ЛЕТ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ЛЕЧЕНИИ

1. выдается листок нетрудоспособности на весь срок лечения
2. выдается справка установленной формы решением врачебной комиссии
3. листок нетрудоспособности не выдается
4. выдается справка произвольной формы на весь период заболевания

172. В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СТУДЕНТОВ И УЧАЩИХСЯ СРЕДНИХ И ВЫСШИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ВЫДАЕТСЯ

1. справка установленной формы
2. справка произвольной формы
3. листок нетрудоспособности на весь срок болезни
4. заключение врачебной комиссии

173. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА ВЗРОСЛЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ФОРМИРУЕТСЯ НА

1. 7 календарных дней
2. 7 рабочих дней
3. 3 дня
4. 10 дней календарных дней

174. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ МСЭК ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. неблагоприятный трудовой прогноз
2. возраст пациента
3. допущенные дефекты в лечении
4. просьба пациента

175. СТАТИСТИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ, НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. число случаев ЗВУТ на 100 работающих
2. число календарных дней ЗВУТ на 100 работающих
3. средняя длительность одного случая ЗВУТ
4. процент нетрудоспособности

176. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО МОЖЕТ СФОРМИРОВАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА (В ДНЯХ)

1. 15
2. 20
3. 25
4. 30

177. В СЛУЧАЕ БЛАГОПРИЯТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО И ТРУДОВОГО ПРОГНОЗА ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_, А ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА - НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ (В МЕСЯЦАХ)

1.10; 12

2. 6; 8

3. 3; 5

4. 2; 4

178. ПРИ ОДНОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ С \_\_\_\_\_ НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ЕДИНОВРЕМЕННО

1.30

2. 32

3. 29

4.26

179. ПРИ ЗАПОЛНЕНИИ БЛАНКА ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СТРОКЕ «ПРИЧИНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ» ОТПУСК ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ В ПЕРВЫХ ДВУХ КЛЕТКАХ УКАЗЫВАЕТСЯ ДВУХЗНАЧНЫЙ КОД

1.05

2. 06

3. 07

4. 08

180. В БЛОКЕ «ПО УХОДУ» ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРЕДУСМОТРЕНЫ 2 СТРОКИ В СЛУЧАЕ УХОДА ЗА ДВУМЯ ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ, В КАЖДОЙ СТРОКЕ УКАЗЫВАЕТСЯ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО

1. возраст, родственная связь, фамилия, имя, отчество

2. возраст, фамилия, имя, отчество

3. родственная связь, фамилия, имя, отчество

4. возраст, родственная связь

181. РАЗМЕР СТРАХОВОГО ПОСОБИЯ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ СВЫШЕ 10 ДНЕЙ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_% СРЕДНЕГО ЗАРАБОТКА

1.50

2. 20

3. 80

4.100

182. ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ ПРОДЛЕВАЕТ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ СРОКАХ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1.15

2. 7

3. 10

4. 14

183. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЙ СРОК ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1.85-90

2. 50-60

3. 60-70

4. 70-80

184. ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОРМИРУЕТСЯ И ПРОДЛЕВАЕТСЯ НА СРОК НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1.4

2. 5

3. 6

4. 7

185. ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ СФОРМИРОВАН И ПРОДЛЕН ДО ДНЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО РЕШЕНИЮ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ, НО НА СРОК НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ С ДАТЫ НАЧАЛА ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, А ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА - НЕ БОЛЕЕ \_\_\_\_ МЕСЯЦЕВ



1.10; 12

2. 4; 6

3. 6; 8

4. 8; 10

186. К ОГРАНИЧЕНИЮ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ \_\_\_\_\_ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ

1. способность; с использованием вспомогательных средств

2. способность; с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц

3. неспособность; и полную зависимость от других лиц

4. способность; без использования вспомогательных средств

187. К ОГРАНИЧЕНИЮ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ \_\_\_\_\_ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ

1. способность; с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц

2. неспособность; и полную зависимость от других лиц

3. способность; без использования вспомогательных средств

4. способность; с использованием вспомогательных средств

188. К ОГРАНИЧЕНИЮ САМООБСЛУЖИВАНИЯ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ОТНОСЯТ \_\_\_\_\_ К САМООБСЛУЖИВАНИЮ

1. неспособность; и полную зависимость от других лиц

2. способность; с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц

3. способность; без использования вспомогательных средств

4. способность; с использованием вспомогательных средств

189. ОГРАНИЧЕНИЕМ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ

1. способность; при более длительной затрате времени и сокращения расстояния

2. способность; без более длительной затраты времени и сокращения расстояния

3. способность; с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц

4. неспособность; и полную зависимость от других лиц

190. ОГРАНИЧЕНИЕМ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ

1. способность; с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц

2. способность; при более длительной затрате времени и сокращения расстояния

3. способность; без более длительной затраты времени и сокращения расстояния

4. неспособность; и полную зависимость от других лиц

191. ОГРАНИЧЕНИЕМ СПОСОБНОСТИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_ К САМОСТОЯТЕЛЬНОМУ ПЕРЕДВИЖЕНИЮ

1. неспособность; и полную зависимость от других лиц

2. способность; при более длительной затрате времени и сокращения расстояния

3. способность; с использованием вспомогательных средств и (или) с помощью других лиц

4. способность; без более длительной затраты времени и сокращения расстояния

192. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ОФОРМЛЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА

1. при первичном обращении

2. при каждом обращении

3. один раз в год

4. один раз в пять лет

193. МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ХРАНИТСЯ

1. в регистратуре

2. в кабинете лечащего врача

3. у пациента

4. у главного врача

194. ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ЗАПОЛНЯЕТСЯ

1. медицинским регистратором

2. врачом-терапевтом
  3. врачом-статистиком
  4. медицинской сестрой
195. ДИАГНОЗ И ВСЕ ПОСЛЕДУЮЩИЕ РАЗДЕЛЫ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ЗАПОЛНЯЮТСЯ
1. лечащим врачом
  2. медицинской сестрой
  3. медицинским регистратором
  4. заведующим отделением
196. ТИПОМ ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. регрессивный
  2. стационарный
  3. прогрессивный
  4. статичный
197. ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЬНОЙ СТРАДАЕТ В ТЕЧЕНИЕ РЯДА ЛЕТ И ЕЖЕГОДНО ОБРАЩАЕТСЯ К ВРАЧУ ПОЛИКЛИНИКИ, ВОЙДЁТ В СТАТИСТИКУ
1. общей заболеваемости
  2. первичной заболеваемости
  3. патологической поражённости
  4. профессиональной заболеваемости
198. ЗАПИСИ В МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (ФОРМА №025/У), ВЕДУТСЯ НА ЯЗЫКЕ
1. русском
  2. региона
  3. английском
  4. любом
199. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСЯТ
1. паллиативную
  2. первую
  3. санаторно-курортную
  4. стационарную
200. ПОКАЗАТЕЛЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
1. распространённость заболеваний среди населения
  2. изменения распространённости заболеваний по времени
  3. удельный вес конкретного заболевания
  4. распространённость только социально значимых заболеваний
201. ДЛЯ РАСЧЁТА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И
1. среднегодовой численности населения
  2. заболеваний, выявленных впервые в данном году
  3. заболеваний, зарегистрированных впервые в данном году
  4. инфекционных заболеваний, зарегистрированных на данной территории
202. ДЛЯ РАСЧЁТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, И
1. среднегодовой численности населения
  2. заболеваний, выявленных впервые в жизни
  3. социально-значимых заболеваний, зарегистрированных в данном году
  4. заболеваний, зарегистрированных на данной территории
203. ДЛЯ РАСЧЁТА СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ
1. конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
  2. конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
  3. всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы
  4. заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

204. ДЛЯ РАСЧЁТА ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОРАЖЁННОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ

- 1.заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр
2. конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
3. конкретного заболевания и числе случаев всех заболеваний
- 4.всех заболеваний в данном году и числе случаев заболеваний в предыдущие годы

205. ДЛЯ РАСЧЁТА ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНКРЕТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О ЧИСЛЕ СЛУЧАЕВ КОНКРЕТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И

- 1.среднегодовой численности населения
2. числе случаев заболеваний в предыдущие годы
3. численности трудоспособного населения
4. числе лиц, прошедших медосмотр

206. ДЛЯ РАСЧЁТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ О

- 1.заболеваемости в данном году и предыдущие годы
- 2.числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения
3. заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости
4. числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр

207. ДЛЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РФ ХАРАКТЕРНО УВЕЛИЧЕНИЕ УДЕЛЬНОГО ВЕСА ЛИЦ

- 1.пожилого возраста
2. мужского пола
- 3.детского возраста
4. состоящих в браке

208. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ БОЛЬНИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ: \_\_\_\_\_ ОБОРОТА КОЙКИ И \_\_\_\_\_ ЛЕТАЛЬНОСТИ

- 1.уменьшение; увеличение
2. увеличение; увеличение
3. уменьшение; снижение
4. увеличение; снижение

209. ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

- 1.развитием первичной медико-санитарной помощи
2. закупкой недостающих медикаментов за рубежом
- 3.изменением номенклатуры специальностей медработников
4. финансированием научно-исследовательского сектора

210. ИЗ СОБСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПАЦИЕНТ ОПЛАЧИВАЕТ

- 1.дополнительные и сервисные услуги
- 2.скорую и неотложную медицинскую помощь
3. медицинскую помощь по программе ОМС
4. стационарное лечение при травмах, отравлениях, венерических заболеваниях

211. СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫДАЁТСЯ

- 1.справка установленной формы
2. листок нетрудоспособности
3. справка произвольной формы
4. выписной эпикриз

212. В СЛУЧАЕ БЫТОВОЙ ТРАВМЫ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ С \_\_\_\_\_ ДНЯ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

- 1.первого
2. пятого
3. десятого
- 4.пятнадцатого

213. В СОСТАВ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ ВХОДЯТ

- 1.лечащий врач, заведующий отделением и заместитель главного врача, в должностные обязанности которого входит решение вопросов, отнесенных к компетенции комиссии
- 2.все врачи, прошедшие обучение по вопросам экспертизы временной нетрудоспособности
- 3.любой заместитель главного врача и представитель органов управления здравоохранением, курирующий вопросы временной нетрудоспособности граждан

4. главный врач, старшая медсестра отделения и представитель фонда социального страхования, курирующий вопросы выплат по листкам нетрудоспособности

214. УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВИДОВ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ВКЛЮЧЕНЫ В

1. стандарты медицинской помощи
2. порядки оказания медицинской помощи
3. протоколы ведения пациентов
4. клинические рекомендации

215. ЧАСТНОПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ИМЕЕТ ПРАВО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1. 15
2. 5
3. 20
4. 7

216. ФЕЛЬДШЕР ЛИБО ЗУБНОЙ ВРАЧ ЕДИНОЛИЧНО ВЫДАЕТ (ФОРМИРУЕТ) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ДО \_\_\_\_\_ ДНЕЙ

1. 10
2. 3
3. 7
4. 15

217. К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО ЭКСПЕРТИЗЕ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСИТСЯ ПРОДЛЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СВЫШЕ (В ДНЯХ)

1. 15
2. 10
3. 5
4. 30

218. ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ДОГОВОРУ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ

1. листок нетрудоспособности
2. справка произвольной формы
3. справка установленной формы
4. выписной эпикриз

219. БАЗОВЫМ ПОНЯТИЕМ В ЭКОНОМИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эффективность
2. управление
3. спрос
4. предложение

220. ФЕДЕРАЛЬНЫЙ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОМС ЯВЛЯЮТСЯ \_\_\_\_ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

1. некоммерческими
2. государственными казёнными
3. государственными бюджетными
4. коммерческими

221. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

1. объём соответствующего вида медицинской помощи
2. протоколы ведения пациентов
3. стандарт медицинской помощи
4. порядок оказания медицинской помощи

222. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

1. базовую программу ОМС
2. протоколы ведения пациентов
3. стандарт медицинской помощи
4. порядок оказания медицинской помощи

223. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

1. соответствующий вид медицинской помощи
  2. протоколы ведения пациентов
  3. стандарт медицинской помощи
  4. порядок оказания медицинской помощи
224. ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ПО ОКАЗАНИЮ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
1. подушевой норматив финансирования здравоохранения
  2. протоколы ведения пациентов
  3. стандарт медицинской помощи
  4. порядок оказания медицинской помощи
225. СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. стимулирующей
  2. повременной
  3. комиссионной
  4. сдельной
226. УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИМПЛАНТИРУЕМЫХ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА, ВКЛЮЧЕНЫ В
1. стандарты медицинской помощи
  2. порядки оказания медицинской помощи
  3. протоколы ведения пациентов
  4. клинические рекомендации
227. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМОЙ
1. социальной защиты интересов населения в охране здоровья
  2. охраны жизни, трудоспособности человека
  3. ответственности за неисполнение рекомендаций врача
  4. обязательств по предоставлению пособий по нетрудоспособности
228. ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УТВЕРЖДАЮТСЯ НА \_\_\_\_\_ УРОВНЕ
1. федеральном
  2. региональном
  3. муниципальном
  4. областном
229. МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА \_\_\_\_\_ УРОВНЕ
1. федеральном
  2. региональном
  3. муниципальном
  4. областном
230. ОСНОВНЫМ МЕДИЦИНСКИМ ДОКУМЕНТОМ СТАЦИОНАРА ЯВЛЯЕТСЯ
1. медицинская карта стационарного больного
  2. экстренное извещение об остром инфекционном заболевании
  3. годовой отчёт больницы
  4. информированное добровольное согласие пациента
231. ЗАСТРАХОВАННОМУ В СИСТЕМЕ ОМС ВЫДАЁТСЯ
1. страховой медицинский полис
  2. справка о том, что он застрахован
  3. расписка страховой компании о возмещении расходов за лечение
  4. договор обязательного медицинского страхования
232. ЗАСТРАХОВАННЫМ В СИСТЕМЕ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ
1. гражданин РФ
  2. юридическое лицо
  3. страховое учреждение
  4. медицинская организация
233. СТРАХОВЩИКОМ ПРИ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

2. орган исполнительной власти субъектов РФ
3. организация или индивидуальный предприниматель
4. медицинская организация

234. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. орган исполнительной власти субъектов РФ
2. организация или индивидуальный предприниматель
3. страховое учреждение
4. медицинская организация

235. СТРАХОВАТЕЛЕМ ДЛЯ РАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. организация или индивидуальный предприниматель
2. гражданин РФ
3. страховое учреждение
4. медицинская организация

236. МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. на общих основаниях
2. за счёт кредитов банков
3. предприятиями, расположенными на обслуживаемой территории
4. местной администрацией

237. ЦЕЛЮ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. гарантирование гражданам медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств
2. усиление ответственности медицинских работников за качество медицинской помощи
3. сохранение и укрепление здоровья населения
4. упорядочение отчётности медицинских организаций

238. ОТ ФОНДА ОПЛАТЫ ТРУДА ПРЕДПРИЯТИЯ, УЧРЕЖДЕНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ОТЧИСЛЯЮТ В ФОНД ОМС (В ПРОЦЕНТАХ)

1. 5,1
2. 3,1
3. 2,1
4. 5,6

239. В СООТВЕТСТВИИ С ЗАКОНОМ РФ ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ИМЕЕТ СИЛУ

1. на всей территории РФ
2. только на территории того субъекта РФ, где выдан страховой полис
3. только на территории того субъекта РФ, где проживает застрахованный
4. на территории других государств, с которыми РФ имеет соглашение о медицинском страховании граждан

240. ЗА СЧЁТ СРЕДСТВ ОМС ОПЛАЧИВАЕТСЯ \_\_\_\_ ПОМОЩЬ

1. скорая медицинская
2. юридическая
3. медико-психологическая
4. косметологическая

241. ДЛЯ РЕШЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ЗАДАЧ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ПОДХОД

1. системный управленческий
2. статистический
3. социологический
4. кадрово-финансовый

242. ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. трудовым договором (контрактом)
2. решением местной администрации
3. постановлением собрания трудового коллектива
4. распоряжением главного врача

243. ЕСЛИ РУКОВОДИТЕЛЬ СОВЕТУЕТСЯ С ПОДЧИНЁННЫМИ, ИСПОЛЬЗУЯ ИХ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПО СПЕЦИАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ, ЭТО \_\_\_\_\_ СТИЛЬ РУКОВОДСТВА

1. демократический
2. либеральный
3. авторитарный
4. иерархический

244. ОСОБЕННОСТЬЮ МАРКЕТИНГА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. анализ потребности в медицинских услугах
2. изучение демографических процессов
3. определение стоимости медицинских услуг
4. удовлетворение спроса на медицинские услуги

245. В ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В СИСТЕМЕ ОМС ВХОДЯТ

1. медицинские услуги, оплачиваемые из средств ОМС
2. все медицинские услуги, выполняемые в учреждении здравоохранения
3. медицинские услуги с учётом затрат на их выполнение врачом и средним медицинским персоналом
4. медицинские организации, оказывающие услуги из средств ОМС

246. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

1. штатным должностям
2. численности населения на врачебных участках
3. соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
4. заболеваемости

247. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

1. занятым должностям
2. численности населения на врачебных участках
3. соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
4. заболеваемости

248. ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВРАЧЕБНЫМИ КАДРАМИ НА 10000 НАСЕЛЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

1. физическим лицам
2. численности населения на врачебных участках
3. соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
4. заболеваемости

249. ДОГОВОР СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (СМО) С МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ (МО) СЧИТАЕТСЯ ЗАКЛЮЧЁННЫМ С МОМЕНТА

1. подписания договора
2. перечисления СМО аванса МО
3. получения от МО списка застрахованных
4. получения от МО реестра счетов за медицинскую помощь

250. НАЛИЧИЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОТРАЖАЕТ

1. инвентаризационная (сличительная) ведомость
2. акт на списание материальных ценностей
3. требование на получение материальных ценностей
4. приёмно-передаточная накладная

251. К ПОКАЗАТЕЛЯМ СТАТИСТИКИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОТНОСИТСЯ ПОКАЗАТЕЛЬ

1. нагрузки врача-терапевта на приёме в поликлинике
2. младенческой смертности
3. общей заболеваемости
4. инвалидности

252. ПОКАЗАТЕЛЬ ДОСУТОЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА УМЕРШИХ В ПЕРВЫЕ СУТКИ К ЧИСЛУ

1. поступивших в стационар

2. умерших в стационаре
  3. выбывших из стационара
  4. населения территории
253. ОБОРОТ КОЙКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ К
1. среднегодовому числу коек
  2. числу дней работы койки в году
  3. среднему времени пребывания больного на койке
  4. числу дней в году
254. ПОКАЗАТЕЛЕМ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА \_\_\_\_ К ЧИСЛУ БОЛЬНЫХ \_\_\_\_ ИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
1. проведённых хирургических операций; выбывших
  2. прооперированных больных; выбывших
  3. прооперированных больных; выписанных
  4. проведённых хирургических операций; выписанных
255. ПРИ СНИЖЕНИИ СРЕДНЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНОГО НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОЙКЕ (ПРИ ПРОЧИХ РАВНЫХ УСЛОВИЯХ) ОБОРОТ КОЙКИ
1. увеличится
  2. уменьшится
  3. не изменится
  4. зависит от профиля больных
256. ПОКАЗАТЕЛЬ «ЧИСЛО ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК» ОТНОСИТСЯ К ТИПУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
1. качественному
  2. ресурсному
  3. финансовому
  4. интегральному
257. РЕЖИМ И ФОРМЫ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ, НАГРУЗКА ПЕРСОНАЛА ДОЛЖНЫ УТВЕРЖДАТЬСЯ НА УРОВНЕ \_\_\_\_ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
1. руководителя
  2. кадрового управления
  3. врача-статистика
  4. врачебной комиссии
258. РОСЗДРАВНАДЗОР ПРОВОДИТ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
1. государственный
  2. внутренний
  3. ведомственный
  4. общественный
259. УСРЕДНЁННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И КРАТНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РФ, ВКЛЮЧЕНЫ В
1. стандарты медицинской помощи
  2. порядки оказания медицинской помощи
  3. протоколы ведения пациентов
  4. клинические рекомендации
260. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЁ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВКЛЮЧЕНЫ В
1. порядки оказания медицинской помощи
  2. стандарты медицинской помощи
  3. протоколы ведения пациентов
  4. клинические рекомендации
261. ПРАВИЛА ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЁ СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ВРАЧА) ВКЛЮЧЕНЫ В
1. порядки оказания медицинской помощи
  2. стандарты медицинской помощи



3. протоколы ведения пациентов
  4. клинические рекомендации
262. ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВКЛЮЧЕНЫ В
- 1.порядки оказания медицинской помощи
  - 2.стандарты медицинской помощи
  3. протоколы ведения пациентов
  4. клинические рекомендации
263. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ
- 1.скорая
  - 2.экстренная
  3. неотложная
  4. плановая
264. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ
- 1.специализированной
  2. скорой
  3. паллиативной
  4. первичной медико-санитарной
265. СКОРАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ
- 1.скорой
  2. специализированной
  3. паллиативной
  4. первичной медико-санитарной
266. ПОЛОЖЕНИЕ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВИДАМ, УСЛОВИЯМ И ФОРМАМ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА УРОВНЕ
- 1.федеральном
  - 2., международном
  3. муниципальном
  4. частном
267. В СТАНДАРТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УСРЕДНЁННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, РАВНЫЙ 1, ОЗНАЧАЕТ, ЧТО УСЛУГА ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ % ПАЦИЕНТОВ, СООТВЕТСТВУЮЩИХ ДАННОЙ МОДЕЛИ
- 1.100
  - 2.50
  3. 10
  4. 1
268. СРЕДНЕЕ ЧИСЛО ДНЕЙ РАБОТЫ КОЙКИ В ГОДУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА \_\_\_\_\_ К \_\_\_\_\_
1. койко-дней, проведенных пациентами; среднегодовому числу коек
  2. поступивших пациентов; числу дней в году
  3. умерших пациентов; плановому числу койко-дней
  4. выписанных больных; среднегодовой численности населения
269. СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ЗДОРОВЬЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
- 1.образ жизни
  - 2.здравоохранение
  3. наследственность
  - 4.внешняя среда
270. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
- 1.курение
  2. артериальную гипертензию
  3. сахарный диабет
  4. гиперхолестеринемию
271. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ
- 1.злоупотребление алкоголем
  2. артериальную гипертензию
  - 3.сахарный диабет
  4. гиперхолестеринемию

272. К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОТНОСЯТ

1. гиподинамию
2. артериальную гипертензию
3. сахарный диабет
4. гиперхолестеринемию

273. ПОКАЗАТЕЛЬ СВОЕВРЕМЕННОСТИ ВЗЯТИЯ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН РАССЧИТЫВАЕТСЯ, КАК ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА БЕРЕМЕННЫХ, ВЗЯТЫХ НА УЧЁТ \_\_\_\_\_ БЕРЕМЕННОСТИ, К ЧИСЛУ БЕРЕМЕННЫХ, ПОСТУПИВШИХ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ В ДАННОМ ГОДУ, УМНОЖЕННОЕ НА 100

1. до 3 месяцев
2. в 4 месяца
3. в 7 месяцев
4. в 2 месяца

274. КО ВТОРОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

1. раком, подлежащим лечению
2. предраковым заболеванием
3. запущенными формами рака
4. подозрением на рак

275. К ТРЕТЬЕЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

1. раком, подвергшимся радикальному лечению
2. подозрением на рак
3. запущенными формами рака
4. предраковым заболеванием

276. К ЧЕТВЕРТОЙ ДИСПАНСЕРНОЙ ГРУППЕ ОНКОБОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ С

1. запущенными формами рака
2. раком, подлежащим лечению
3. раком, подвергшимся радикальному лечению
4. подозрением на рак

277. БЕЗРАБОТНОМУ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. не выдаётся
2. выдаётся только при ургентном заболевании
3. выдаётся в случае госпитализации
4. выдаётся при наличии у него документа о постановке на учёт по безработице

278. В СЛУЧАЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ПРИЕХАВШЕМУ ИЗ РОСТОВА В МОСКВУ И ОБРАТИВШЕМУ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

1. формируется (выдаётся) листок нетрудоспособности
2. справка установленного образца
3. листок нетрудоспособности не формируется (не выдаётся)
4. справка произвольной формы

279. НЕПРАВИЛЬНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ

1. неинформативные записи в амбулаторной карте
2. статическую регистрацию заболеваемости в листе уточнённых диагнозов
3. осмотр пациента с заполнением талона на приём
4. оформление листка нетрудоспособности

280. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ОТНОСЯТ

1. медицинские противопоказания к труду
2. показания социального порядка
3. проведение профилактических мероприятий
4. санаторно-курортное лечение, восстановительное лечение

281. ПОДХОД К КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1. процессный
2. социальный
3. юридический
4. гигиенический

282. РАЗДЕЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. статика
2. статистика
3. вероятность
4. достоверность

283. РАЗДЕЛОМ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕМОГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. динамика
2. статистика
3. вероятность
4. достоверность

284. К ВАЖНЕЙШЕМУ ИСТОЧНИКУ ИЗУЧЕНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ, СОСТАВА И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАЗМЕЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТ

1. перепись населения
2. статистические отчёты больниц
3. данные медицинских осмотров
4. анкетирование

285. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. медицинская
2. частная
3. коллективная
4. коллегиальная

286. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. социальная
2. частная
3. коллективная
4. коллегиальная

287. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. профессиональная
2. частная
3. коллективная
4. коллегиальная

288. ОДНИМ ИЗ ВИДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. психологическая
2. частная
3. коллективная
4. коллегиальная

289. НАГРУЗКА ВРАЧЕЙ ЛЕЧЕБНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ СТАЦИОНАРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1. числом коек на одну должность
2. числом больных за год
3. количеством выполняемых медицинских услуг
4. затратами времени на медицинскую услугу

290. ОСНОВНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ

1. этапность
2. индивидуальность
3. вариационность
4. множественность

291. РЕШЕНИЕ ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИНИМАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

1. заключения медико-социальной экспертной комиссии
2. заключения врачебной комиссии
3. решения главного врача
4. решения заведующего отделением

292. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ ПО

1. обращаемости за медицинской помощью
2. регулярности наблюдения за детьми
3. причинам смерти

4. воспроизводству населения

293. ВИДОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. генеральная

2. простая

3. взвешенная

4. смешанная

294. ВИДОМ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СОВОКУПНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. выборочная

2. простая

3. взвешенная

4. смешанная

295. ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РАЗНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1. критерий Стьюдента

2. показатель соотношения

3. коэффициент вариации

4. коэффициент корреляции

296. ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1. доверительные границы

2. показатель соотношения

3. коэффициент вариации

4. коэффициент корреляции

297. ДЛЯ ОЦЕНКИ ДОСТОВЕРНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ

1. значение Хи-квадрат

2. показатель соотношения

3. коэффициент вариации

4. коэффициент корреляции

298. ДОСТОИНСТВО НЕПАРАМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1. при любых распределениях признаков

2. при большом числе наблюдений

3. с учётом закона распределения признаков

4. для оценки количественных признаков

299. ДОСТОИНСТВО НЕПАРАМЕТРИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТО ОНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ

1. при небольшом числе наблюдений

2. при большом числе наблюдений

3. с учётом закона распределения признаков

4. для оценки количественных признаков

Эталон ответа: 1

**3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен**

**Вопросы к экзамену (ОК-1, ПК-4, ПК-7, ПК-17, ПК-18):**

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания. Цели, задачи, основные проблемы изучения. Особенности предмета общественное здоровье и здравоохранения.

2. Здоровье населения. Общественное и индивидуальное здоровье. Ресурсы, потенциал, баланс здоровья.

3. Роль изучения общественного здоровья и здравоохранения на государственном уровне. Показатели ВОЗ для характеристики общественного здоровья.

4. Показатели общественного здоровья (демографические, заболеваемость, инвалидность, физическое здоровье). Факторы, определяющие общественное здоровье. Обусловленность здоровья населения (Ю.П. Лисицын).

5. Профилактика заболеваний. Концепция факторов риска. Факторы риска управляемые и неуправляемые, первичные (внешние), вторичные (внутренние).

6. Методы исследования общественного здоровья и здравоохранения.

7. Методика статистического исследования. Методологические принципы и этапы статистического исследования.

8. Подготовительный этап статистического исследования. Цель, задачи, объект исследования, единица наблюдения, программа и план исследования.
9. Статистическое наблюдение. Сбор материала по способу наблюдения, по способу регистрации. Сбор материала по времени наблюдения и по объему.
10. Статистическое наблюдение. Методы сплошного наблюдения. Виды выборок.
11. Статистическая сводка (обработка собранного материала). Контроль материала. Группировка по признакам.
12. Международная классификация болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Принципы построения. Значение в изучении заболеваемости населения
13. Четвертый этап статистического исследования. Научный анализ.
14. Статистические таблицы. Подлежащее и сказуемое таблицы. Виды таблиц. Требования к построению таблиц.
15. Графический метод отображения результатов исследования. Виды графических изображений (столбиковая, линейная, радиальная секторная диаграммы, картограмма, картодиаграмма).
16. Демография. Задачи современной демографии. Медицинская демография. Показатели воспроизводства населения.
17. Статика населения. Перепись населения. Типы населения (прогрессивный, регрессивный, стационарный). Основные итоги Всероссийской переписи 2010 года по РФ .
18. Перепись населения. Основные итоги Всероссийской переписи 2010 года по РФ .
19. Динамика населения. Механическое движение. Миграция. Виды миграции. Показатели миграции.
20. Динамика населения. Естественное движение населения. Показатели рождаемости населения. Факторы, влияющие на рождаемость. Государственная политика в РФ по стимулированию рождаемости.
21. Динамика населения. Естественное движение населения. Показатели смертности населения общие и специальные, методика расчета. Факторы, влияющие на смертность населения
22. Показатель средней продолжительности предстоящей жизни. Динамика показателя в РФ среди всего населения, мужчин и женщин.
23. Младенческая смертность, как социально-гигиеническая проблема. Причины и пути снижения младенческой смертности. Методы расчета. Динамика показателя в РФ.
24. Материнская смертность как социально-гигиеническая проблема. Тенденция показателя в РФ.
25. Демография. Современные демографические тенденции в мире и РФ. Постарение населения.
26. Современные демографические тенденции в мире и РФ. Показатели брачности и разводимости.
27. Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года. (Указ Президента РФ от 9 октября 2007 года №1351). Основные положения.
28. Заболеваемость населения. Первичная заболеваемость, распространенность (болезненность), патологическая пораженность, накопленная заболеваемость.
29. Методы изучения заболеваемости по данным обращаемости, по данным медицинских осмотров, по данным о причинах смерти.
30. Методы изучения заболеваемости по данным обращаемости (инфекционная, неэпидемическая, госпитализированная заболеваемость).
31. Методы изучения заболеваемости по данным обращаемости. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.
32. Заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности (инвалидность). Показатели инвалидности.
33. Социально-значимые заболевания. Структура заболеваемости, структура причин смерти.
34. Социально-значимые заболевания. Болезни системы кровообращения. Факторы риска.
35. Социально-значимые заболевания. Злокачественные новообразования. Факторы риска.
36. Медико-социальные, экономические аспекты алкоголизма, наркомании.
37. Туберкулез как медико-социальная проблема.
38. Профилактика заболеваний первичная, вторичная, третичная. Роль врача в проведении профилактики.
39. Здоровый образ жизни. Роль государства в формировании здорового образа жизни населения. Центры здоровья.
40. Инвалидность. Понятие «инвалид», «инвалидность». Группы инвалидности.
41. Инвалидность как социальная недостаточность. Нарушения функций организма. Степени нарушения функций организма. Ограничение жизнедеятельности .

42. Медико-социальная экспертиза. Цели, задачи медико-социальной экспертизы. Структура системы медико-социальной экспертизы. Бюро МСЭ.
43. Абсолютные и относительные величины. Методика расчета интенсивных, экстенсивных показателей, коэффициента соотношения, коэффициента наглядности
44. Динамические ряды. Методы выравнивания динамических рядов. Показатели динамического ряда.
45. Основные свойства статистической совокупности. Разнообразие признака в вариационном ряду. Среднее квадратическое отклонение, методы расчета.
46. Вариационные ряды. Средние величины. Мода, медиана, средняя арифметическая. Методы расчета средней арифметической простой, взвешенной и по способу моментов.
47. Оценка достоверности относительных и средних величин. Ошибка репрезентативности. Доверительные границы.
48. Роль средних величин в практике врача
49. Стандартизация. Виды стандартизации. Прямой метод. Основные этапы расчета.
50. Номенклатура медицинских учреждений. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ №627 от 7 октября 2005 г. «Об утверждении номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»
51. Виды медицинской помощи. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"
52. Условия оказания медицинской помощи. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"
53. Формы оказания медицинской помощи. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"
54. Организация ПМСП первичной медико-санитарной помощи. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ". Цель, задачи. Основные принципы ПМСП
55. Порядок оказания медицинской помощи. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"
56. Стандарт оказания медицинской помощи. ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"
57. Профилактика. Виды профилактики (первичная, вторичная, третичная). Центры здоровья.
58. Организация профилактической работы в амбулаторно-поликлинических условиях
59. Диспансеризация. Методики проведения диспансеризации. Группы диспансерного наблюдения. Организация специализированной помощи населению. Виды диспансеров.
60. Организация ПМСП взрослому населению. Приказ МЗ РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"
61. Организация ПМСП взрослому населению. Цель, основные задачи городской поликлиники. Структура поликлиники. Проблемы, перспективы развития
62. Организация работы и функции врача терапевта в поликлинике.
63. Организация работы врача по принципу ВОП врача общей практики. Модели организации.
64. Организация ПМСП взрослому населению. Показатели деятельности поликлиники, методика расчета показателей.
65. Стационарозамещающие технологии в медицине. Стационар на дому, дневной стационар, стационар дневного пребывания, стационар одного дня.
66. Организация стационарной медицинской помощи. Проблемы, перспективы развития. Городская больница, цели, задачи. Структура.
67. Особенности организации сельского здравоохранения. Проблемы и перспективы развития.
68. Структура и организация работы объединенной городской больницы. Показатели деятельности городской больницы. Методика расчета показателей
69. Женская консультация. Основные функции, структура, показатели деятельности
70. Родильный дом. Основные функции, структура, показатели деятельности
71. Детская поликлиника. Особенности организации. Основные задачи, структура. Показатели деятельности.
72. Аборт как медико-социальная проблема
73. Организационные особенности детского стационара. Показатели деятельности.
74. Система патронажа, диспансеризации детского населения.
75. Организация охраны здоровья женщин и детей в РФ. Материнский капитал

76. Виды медицинских экспертиз. Экспертиза временной нетрудоспособности. Принципы и задачи экспертизы временной утраты трудоспособности. основополагающие документы.
77. Виды (причины временной нетрудоспособности). Приказ от 29 июня 2011 г. №624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности»
78. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах. Приказ от 29 июня 2011 г. №624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».
79. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при различных видах нетрудоспособности. Приказ от 29 июня 2011 г. №624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности» .
80. Особенности заполнения листка нетрудоспособности. Приказ от 29 июня 2011 г. №624н « Об утверждении порядка выдачи листков нетрудоспособности».
81. Организация экспертизы временной нетрудоспособности. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности. Задачи и функции врачебной комиссии.
82. Организация экспертизы временной нетрудоспособности при работе врача в амбулаторно-поликлинических условиях.
83. Медицинское страхование. Основные положения ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» 19 ноября 2010 г. Объект ОМС. Участники ОМС.
84. Медицинское страхование. Основные положения ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» 19 ноября 2010 г. Страхователи и страховщики в системе ОМС в РФ.
85. Финансирование системы здравоохранения, источники финансирования. Финансовое обеспечение ОМС. (ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» 19 ноября 2010 г.)
86. Деятельность СМО в системе здравоохранения. Защита прав застрахованных в системе ОМС ФЗ «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» 19 ноября 2010 г.
87. Программы медицинского страхования. Базовая программа ОМС. Территориальная программа ОМС. Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
88. Добровольное медицинское страхование (ДМС), отличительные особенности от обязательного медицинского страхования (ОМС).
89. Лицензирование и аккредитация как условие деятельности медицинских организаций.
90. Экономика здравоохранения. Предмет и задачи экономики здравоохранения на различных уровнях.
91. Виды эффективности здравоохранения (медицинская, экономическая, социальная). Экономический эффект и экономический ущерб, их виды
92. Медицинская услуга. Особенность медицинской услуги. Маркетинг в здравоохранении.
93. Рынок медицинских услуг, особенности функционирования рынка в современных условиях
94. Способы оплаты медицинской помощи.
95. Ценообразование в здравоохранении. Система цен на медицинские услуги
96. Приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006-2012 гг.). Основные направления. Итоги реализации.
97. Программа модернизации здравоохранения. Государственная программа развития здравоохранения до 2020 г. Концепция развития здравоохранения до 2020 года.
98. Организация систем здравоохранения в мире. Преимущественно государственная, преимущественно страховая, преимущественно частная.
99. Всемирная организация здравоохранения. Структура, функции, задачи. Основные направления деятельности.
100. Н.А. Семашко (1874-1949 гг.), З.П. Соловьев (1876-1928 гг.) основоположники профилактического направления в медицине.

#### **4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

#### 4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОК-1	способностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	<b>Знать:</b> Основные принципы и методы сбора, анализа и синтеза информации	Отсутствие знаний основ принципов и методов сбора, анализа и синтеза информации	Фрагментарные знания основ принципов и методов сбора, анализа и синтеза информации.	Общие, но не структурированные знания основ принципов и методов сбора, анализа и синтеза информации	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основ принципов и методов сбора, анализа и синтеза информации.	Сформированные систематические знания основ принципов и методов сбора, анализа и синтеза информации
		<b>Уметь:</b> Использовать абстрактное мышление, методы анализа и синтеза при обработке информации в рамках профессиональной деятельности изучаемой дисциплины	Отсутствие умений использовать абстрактное мышление, методы анализа и синтеза при обработке информации в рамках профессиональной деятельности изучаемой дисциплины.	Частично освоенные умения использовать абстрактное мышление, методы анализа и синтеза при обработке информации в рамках профессиональной деятельности изучаемой дисциплины	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать абстрактное мышление, методы анализа и синтеза при обработке информации в рамках профессиональной деятельности изучаемой дисциплины	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать абстрактное мышление, методы анализа и синтеза при обработке информации в рамках профессиональной деятельности изучаемой дисциплины	Сформированное умение использовать абстрактное мышление, методы анализа и синтеза при обработке информации в рамках профессиональной деятельности изучаемой дисциплины



					деятельность и изучаемой дисциплины	дисциплины	
		<b>Владеть:</b> Методами абстрактного мышления, сбора, анализа и синтеза информации при решении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков абстрактного мышления, сбора, анализа и синтеза информации при решении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков абстрактного мышления, сбора, анализа и синтеза информации при решении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины.	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение абстрактного мышления, сбора, анализа и синтеза информации и при решении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения абстрактного мышления, сбора, анализа и синтеза информации при решении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки владения абстрактного мышления, сбора, анализа и синтеза информации при решении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины
<b>Формируемая компетенция</b>	<b>Содержание компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
ПК-4	способностью и готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях	<b>Знать:</b> Возможности социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения	Отсутствие знаний социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации о показателях	Фрагментарные знания социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации	Общие, но не структурированные знания социально-гигиенических методов сбора и медико-статистических	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания социально-гигиенических методов	Сформированные систематические знания социально-гигиенических методов сбора и медико-

	здоровья населения		здоровья населения	о показателях здоровья населения	кого анализа информации и о показателях здоровья населения	сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения	статистического анализа информации о показателях здоровья населения
		<p><b>Уметь:</b> Применять социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения</p>	Отсутствие умений применять социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения	Частично освоенные умения применять социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения.	Сформированное умение применять социально-гигиенические методы сбора и медико-статистического анализа для сбора информации о показателях здоровья населения
		<p><b>Владеть:</b> Социально-гигиеническими методами сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения для решения профессиональных задач</p>	Отсутствие навыков социально-гигиеническими методами сбора и медико-статистического анализа информации о	Фрагментарное применение навыков социально-гигиеническими методами сбора и	В целом успешное, но не систематически проявляемое применение навыков	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки социально-гигиеническими	Успешное и систематически применяемые навыки социально-гигиеническими методами

			показателях здоровья населения для решения профессиональных задач	медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения для решения профессиональных задач	Социально-гигиеническими методами сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения для решения профессиональных задач	методами сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения для решения профессиональных задач.	сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения для решения профессиональных задач
<b>Формируемая компетенция</b>	<b>Содержание компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
ПК-7	готовностью к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека	<b>Знать:</b> абсолютные, относительные показатели здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение; принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека	Отсутствие знаний основ показателей здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение; принципы проведения экспертизы временной	Фрагментарные знания основ показателей здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение; принципы проведения экспертизы	Общие, но не структурированные знания основ показателей здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение;	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания показателей здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение;	Сформированные систематические знания показателей здоровья населения; важнейшие социально значимые болезни и их социально-гигиеническое значение; принципы

			нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека	временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека	принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека.	ое значение; принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека	проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы, признаки биологической смерти человека
		<b>Уметь:</b> вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	Отсутствие умений вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	Частично освоенные умения вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека	Сформированное умение вести медицинскую документацию, связанную с экспертизой временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизой, констатацией признаков биологической смерти человека

					аты трудоспо сности.		
		<p><b>Владеть:</b> методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков владения методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения методикой проведения экспертизы временной нетрудоспособности, медико-социальной экспертизы и установления признаков биологической смерти человека при выполнении профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины</p>
<b>Формируемая компетенция</b>	<b>Содержание компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

		компетенций)					
ПК-17	способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<b>Знать:</b> Основы современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ	Отсутствие знаний основ современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ	Фрагментарные знания основ современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ	Общие, но не структурированные знания основ современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основ современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ	Сформированные систематические знания основ современного медицинского законодательства в сфере охраны здоровья граждан РФ
		<b>Уметь:</b> Организовать мероприятия по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Отсутствие умений организовать мероприятия по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Частично освоенные умения организовать мероприятия по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения организовать мероприятия по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения организовать мероприятия по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях.	Сформированное умение организовать мероприятия по охране здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях
		<b>Владеть:</b> Навыками оценки	Отсутствие	Фрагментар	В целом	В целом	Успешное и

		факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека и методами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях в рамках изучаемой дисциплины	навыков оценки факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека и методами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях в рамках изучаемой дисциплины	ное применение навыков оценки факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека и методами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях в рамках изучаемой дисциплины	успешное, но не систематически проявляемое владение оценки факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека и методами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях в рамках изучаемой дисциплины	успешное, но содержащее отдельные пробелы навыков оценки факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека и методами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях в рамках изучаемой дисциплины	систематически применяемые навыки оценки факторов, неблагоприятно воздействующих на здоровье человека и методами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях при различных ситуациях в рамках изучаемой дисциплины
<b>Формируемая компетенция</b>	<b>Содержание компетенции</b>	<b>Планируемые результаты обучения</b> (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	<b>Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пяти балльной шкале</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

ПК-18	готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p><b>Знать:</b> Знать основные медико-статистические показатели здоровья населения, организацию медицинской помощи различным группам населения; обязательное и дополнительное медицинское страхование</p>	Отсутствие знаний основных медико-статистических показателей здоровья населения, организации медицинской помощи различным группам населения; обязательное и дополнительное медицинское страхование	Фрагментарные знания основных медико-статистических показателей здоровья населения, организации медицинской помощи различным группам населения; обязательное и дополнительное медицинское страхование	Общие, но не структурированные знания основных медико-статистических показателей здоровья населения, организации медицинской помощи различным группам населения; обязательно и дополнительное медицинское страхование	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных медико-статистических показателей здоровья населения, организации медицинской помощи различным группам населения; обязательно и дополнительное медицинское страхование	Сформированные систематические знания основных медико-статистических показателей здоровья населения, организации медицинской помощи различным группам населения; обязательно и дополнительное медицинское страхование
		<p><b>Уметь:</b> анализировать и оценивать динамику состояния пациентов на основе использования медико-статистических показателей и на основе доказательной медицины</p>	Отсутствие умений анализировать и оценивать динамику состояния пациентов на основе использования медико-статистических показателей и на основе доказательной	Частично освоенные умения анализировать и оценивать динамику состояния пациентов на основе использования медико-статистических показателей и на основе доказательной	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения анализировать и оценивать динамику состояния пациентов на основе	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения анализировать и оценивать динамику состояния пациентов на основе использован	Сформированное умение анализировать и оценивать динамику состояния пациентов на основе использования медико-статистических



			медицины	показателей и на основе доказательной медицины.	использования медико-статистических показателей и на основе доказательной медицины	ия медико-статистических показателей и на основе доказательной медицины	показателей и на основе доказательной медицины
		<b>Владеть:</b> Методикой оценки качества оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей в рамках изучаемой дисциплины.	Отсутствие навыков качества оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей в рамках изучаемой дисциплины.	Фрагментарное применение навыков оценки качества оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей в рамках изучаемой дисциплины.	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение качеством оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей в рамках изучаемой дисциплины.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыков владения оценкой качества оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей в рамках изучаемой дисциплины.	Успешное и систематически применяемые навыки владения оценкой качества оказания медицинской помощи на основе анализа медико-статистических показателей в рамках изучаемой дисциплины.

## 4.2 Шкала и процедура оценивания

### 4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, презентации, ситуационные задачи, проведение круглого стола

### 4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

#### Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

#### Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

#### Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не

проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

**Для оценки решения ситуационной задачи:**

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

**Для проведения круглого стола:**

**Отлично:** все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – повышенный. Обучающийся активно решает поставленные задачи, демонстрируя свободное владение предусмотренными навыками и умениями на основе использования полученных знаний.

**Хорошо:** все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – достаточный. Обучающийся решает поставленные задачи, иногда допуская ошибки, не принципиального характера, легко исправляет их самостоятельно при наводящих вопросах преподавателя; демонстрирует владение предусмотренными навыками и умениями на основе использования полученных знаний.

**Удовлетворительно:** все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – пороговый. Обучающийся при решении поставленные задачи, часто допускает ошибки, не принципиального характера, исправляет их при наличии большого количества наводящих вопросах со стороны преподавателя; не всегда полученные знания может в полном объеме применить при демонстрации предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

**Неудовлетворительно:** все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) не освоены или освоены частично. Уровень освоения компетенции – подпороговый. Обучающийся при решении поставленные задачи, допускает ошибки принципиального характера, не может их исправить даже при наличии большого количества наводящих вопросах со стороны преподавателя; знания по дисциплине фрагментарны и обучающийся не может в полном объеме применить их при демонстрации предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

**4. 3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации**

**Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1.):**

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.